

СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ II*

П.Б. Зотов, Е.Б. Любов, Т.Г. Пономарёва, Е.Г. Скрыбин, А.В. Брагин, О.В. Ананьева

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия
ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13» Департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Зотов Павел Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5702-4899; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X; Researcher ID: U-2807-2017). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; специалист центра суицидальной превенции ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница». Адрес: Тюменская область, Тюменский район, р.п. Винзили, ул. Сосновая, д. 19. Телефон: (3452) 270-510, электронный адрес (корпоративный): note72@yandex.ru

Любов Евгений Борисович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 6629-7156; ORCID iD: 0000-0002-7032-8517; Researcher ID: B-5674-2013). Место работы и должность: главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Адрес: Россия, 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3, корп. 10. Телефон: (495) 963-75-72, электронный адрес: lyubov.evgeny@mail.ru

Пonomарёва Татьяна Германовна – врач-психиатр. Место работы и должность: заместитель главного врача, заведующая филиалом № 3 ГБУЗ «Психиатрическая больница № 13» Департамента здравоохранения г. Москвы. Адрес: Россия, 109462, г. Москва, Волжский бульвар, д. 27, корп. 4. Телефон: (499) 179-31-81, электронный адрес: pb13@zdrav.mos.ru

Скрыбин Евгений Геннадьевич – доктор медицинских наук (SPIN-код: 4125-9422; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127; Researcher ID: J-1627-2018). Место работы и должность: профессор кафедры травматологии и ортопедии с курсом детской травматологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: (3452) 28-70-18. Электронный адрес: skryabineg@mail.ru

Брагин Александр Витальевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 5783-2383; AuthorID: 661661). Место работы и должность: заведующий кафедрой ортопедической и хирургической стоматологии с курсом ЛОР-болезней ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

Ананьева Ольга Васильевна – доктор медицинских наук (SPIN-код: 1239-5484; AuthorID: 259565). Место работы и должность: профессор кафедры акушерства, гинекологии и реаниматологии с курсом клинико-лабораторной диагностики ИИПР ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54.

В сообщении II представлен обзор литературы о суицидальном поведении (СП) больных при отдельных соматических заболеваниях. Показано, что соматически больные с СП более социально дезадаптированы. Соматическое страдание делает больного более уязвимым к микросоциальным конфликтам, чаще ассоциируется с чувством обременённости, одиночества и болью, снижающими порог страха смерти. *При раке* риск суицида в 2-4 раза выше по сравнению с общим населением. В Западной Европе и США самоубийства определяют 0,2-0,5% смертей онкологических больных (ОБ). При этом до 50% самоубийств происходит при локализованном и потенциально излечимом заболевании. Среди жертв суицидов в России онкобольных $\leq 0,5\%$; соотношение мужчин и женщин – 4:1; средний возраст 67 лет. При этом, возможно, лишь $< 1/3$ суицидов зарегистрированы. Риск суицида выше у белых мужчин, хуже переносящих боль и функциональные ограничения. Уровень суицидальной смертности растёт с возрастом установления диагноза – выше в старшем (55-65 лет), наибольший – в возрасте ≥ 80 лет. У $1/2$ суицидальных ОБ регистрируются личностные расстройства. У 20% пациентов, получающих паллиативную помощь, СП (включая суицидальные попытки) выявлялись до диагноза рака. Риск суицида депрессивного онкобольного выше не в 2-4, а в 25 раз. Распространённость клинической депрессии среди больных раком составляет 5-40%. «Критический период» суицида мужчин (чаще) и женщин – первые 1-2 года после установления диагноза. На первый год приходится 40% суицидов. Факторами риска среди этих больных являются: хроническая и плохо контролируемая боль, метастазирование, неэффективность лечения, ограничение самообслуживания. В группе риска так же лица, отказавшиеся от лечения.

* Статья подготовлена на основе главы планируемого руководства по суицидологии под редакцией Б.С. Положего (с изменениями и дополнениями текста, включением новых данных литературы).

20% больных сообщают о суицидальных мыслях и безнадёжности. Большинство помышляющих о смерти больных не совершит суицид, но 50-60% покончивших с собой делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими, медперсоналом. Почти 1/2 (45%) онкологов сталкиваются в практике с СП онкобольных, что свидетельствует об его распространённости, но лишь в единичных случаях проводится активный опрос пациентов на эту тему. Большая часть (62%) онкологов считает, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Среди способов суицида доминируют самоповешение и отравление, в том числе передозировка анальгетиков и седативных препаратов; обычно дома, запланировано. Более 1/4 больных задумываются об эвтаназии. *Болезни легких.* Риск СП повышен при ХОБЛ (мужчины), пневмонии. При бронхиальной астме – четырёхкратное увеличение риска попыток самоубийства. *Сердечно-сосудистые болезни.* Больные с хронической сердечной недостаточностью имеют самую высокую ассоциацию с психиатрическими заболеваниями. Лица с имплантацией кардиостимулятора, чаще молодого и среднего возраста, имеют самый высокий уровень смертности от самоубийств. При совершении суицидальной попытки самоотравления в 12,6–13,5% используются гипотензивные и противоаритмические средства (общая популяция). *Желудочно-кишечные болезни.* После резекции желудка по поводу язвенной болезни самоубийство зарегистрировано в 13,7%, но половина погибших страдали алкоголизмом. При желудочно-кишечных кровотечениях риск суицида повышен в 3,4-4,5 раза, что так же ассоциировано с алкогольными проблемами контингента. Риск СП повышен *при болезнях почек* и почечной недостаточности. Риск депрессии и СП увеличивается по мере снижения уровня клубочковой фильтрации, и сохраняется даже после его корректировки. Риск суицида повышается в период первых 3 месяцев начала диализной терапии, возрастая в 25 раз при длительном лечении (относительно общей популяции). Трансплантация почки не снижает риск суицида, возможно, в связи с пожизненным лечением и страхом отторжения органа. Доля смертей, связанных с самоубийствами *при сахарном диабете* I типа, может составлять 7,7%, II типа – 1,3%. *СПИД / ВИЧ*, особенно ассоциированные с употреблением ПАВ, психическими расстройствами, социальным дистрессом, повышают риск СП – в 24-36 раз. Риск суицида *при инсульте* повышен у женщин и мужчин < 60 лет в 13 и 3-6 раз соответственно, > 60 лет – в 1,5-2 раза. Средний временной интервал между госпитализацией и самоубийством составляет 1,9±1,8 года. *Травмы спинного мозга* – почти пятикратный рост СП. Среди умерших больных с повреждением спинного мозга 4,2% смертей связаны с попыткой самоубийства. *Эпилепсия* (особо височная) – пятикратное увеличение риска суицида и 25-кратное при резистентности к терапии; увеличен почти на порядок при сопутствующем психическом расстройстве, выше в 16 раз при начале болезни до 18 лет. Возможно, на суициды приходится 10% смертей этих больных. *Суициды в стационарах.* Средний возраст соматически больных, жертв суицида в многопрофильной больнице, 54 года; психиатрических – 41 год. Соматически больные чаще бросаются с высоты в течение госпитализаций от 2 дней до нескольких месяцев (в среднем 30 дней). При основной причине СП – депрессии, она в соматической больнице отмечена у 1/4 жертв суицида. Лишь 15% консультированы психиатром до трагедии. Заключение: Любые недуги сопряжены с дистрессом, болью, ограничением функционирования, тяжелой, по определению, в особенности. Видимо, важен баланс факторов риска и антисуицидальных (так, внутренняя картина болезни определяет отказ от лечения и надежду исцеления) факторов. Антисуицидальные факторы следует выявлять и укреплять, изменяемые факторы риска – контролировать и нивелировать. Основным антисуицидальным фактором служит адекватная терапия. Персонал первичной помощи – ключевой «сторож» в предупреждении СП. Один из немногих научно доказано эффективных элементов антикризисной программы – обучение выявлению депрессии и СП. Важны и меры поственции (после СП пациента) в отношении близких жертвы, иных пациентов (случайных свидетелей), профессионалов. Профилактика СП означает эмпатию к страдающему и его близким, внимание к их насущным и изменчивым нуждам.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка, суицидальное поведение, риск самоубийств, факторы риска, профилактика, соматические заболевания, соматическая патология

Суицидальное поведение при отдельных заболеваниях.

Мета-анализ 235 статей с катамнезом более 2 лет выделил 63 телесных и неврологических болезней, особо повышающих риск СП [1], среди них СПИД, группа новообразований (особо опухоли головы и шеи), сердечные заболевания, ХОБЛ (мужчин), рассеянный склероз, язвенная болезнь желудка, почечные болезни и длительный гемодиализ в связи с почечной недостаточностью, системная красная волчанка, болезни простаты.

Среди болезней из группы высокого риска СП не случаен ряд психосоматических: ишемическая болезнь сердца, пептическая язва, сахарный диабет, бронхиальная астма, псориаз. При психосоматических расстройствах с СП часты болевой синдром, субсиндромальная депрессия – суицидоопасна не менее, чем клиническая – с тревогой и когнитивными расстройствами [2]. В связи с «открытостью» ситуационным влияниям, малым выявлением и лечением, сохранённой возможностью целенаправленных действий. Соматически больные с СП более социально дезадаптированы, чем

физически здоровые суициденты и соматически больные без СП [2]. Соматическое страдание делает больного более уязвимым к микро-социальным конфликтам.

Межличностная теория СП [3] включает, как факторы риска, соматические заболевания с чувством обременённости, одиночества и болью, снижающими порог страха смерти.

Возможно, рак – единственная хроническая телесная болезнь (не артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца или сахарный диабет), связанная с повышенным риском суицида мужчин и женщин после контроля «вклада» психических расстройств и медицинской коморбидности [4].

Новообразования – неоднородная группа болезней с различными этиопатогенезом, течением и прогнозом.

Эпидемиология СП. Ретроспективные (обычно) популяционные исследования с опорой на национальные регистры Европы, США отметили в 2-4 раза бóльший риск суицида ОБ, мужчин и женщин, по сравнению с общим населением [5]. УС при злокачественной опухоли, независимо от расположения, вдвое более, чем в населении США [6], УС ОБ на Тайване – в 7 раз, чем в иных странах [6], что поднимает вопрос о важности учёта частоты типов рака, проявлений депрессии в этнокультуральном аспекте. В Западной Европе и США определяют 0,2-0,5% смертей онкологических больных [7, 8, 9]. При этом до 50% самоубийств происходит у пациентов с локализованным и потенциально излечимым опухолевым процессом [10]. Среди жертв суицидов в России ОБ $\leq 0,5\%$, соотношение мужчин и женщин 4:1; средний возраст 67 лет [11]. Доля ОБ (диагноз не всегда прижизненный) среди суицидентов Пермского края до 6% (6% мужчин и 8% женщин) [12]. Обнадёживает снижение с 60-х гг. XX века, согласно тренду в общем населении, по зарубежным данным, УС ОБ (остаётся высоким при метастазах) в связи с взаимосвязанными ранней диагностикой, успехами лечения, лучшей осведомлённостью граждан о раке [13, 14, 15]. Паллиативная помощь (хосписы, помощь на дому) снижает риск суицидов ОБ, повышая КЖ [5, 7]. Однако в 2001-2006 гг. при малом снижении УС в Башкирии доля ОБ в массиве суицидов выросла с 1 до 2,5%; в столице республики (с лучшим учётом СП?) с 3 до 5,5% [16]. Высокий риск СП ОБ объясним и поздней диагностикой рака в РФ – у 45% на 3-4 стадиях. При этом, возмож-

но, лишь $< 1/3$ суицидальных действий ОБ зарегистрированы в РФ [11, 16].

Биопсихосоциальные факторы риска СП ОБ – частично пересекаются и синергически суммированы, сходны и отличны от таковых у физически здоровых и больных иными недугами.

Социально-демографические характеристики. *Раса, пол, возраст.* УС ОБ выше у белых мужчин [5, 17], хуже переносящих боль и функциональные ограничения [18]. Риск СП детей не отмечен [19], но в 15-39 лет рак – вторая причина, помимо депрессии, суицида [20].

УС растёт с возрастом установления диагноза [14] – выше в старшем (55-65 лет) [6, 7], наибольший ≥ 80 [21], что не всегда очевидно [8, 15, 22]. Средний возраст онкологических больных россиян, мужчин и женщин, 64 года при сходной заболеваемости, а жертв суицида, мужчин и женщин, 42 и 44 лет соответственно [11], но УС пожилых в целом многократно превышает среднестатистический. УС пожилых ОБ (основная часть субпопуляции) выше, чем у сверстников – больных иными телесными болезнями при контроле психических расстройств и риска смерти в течение года [23]. Можно ожидать по мере постарения населения увеличение ОБ и доли суицидентов. Возможно, у части молодых и пожилых ОБ различна этиология / патогенез однотипного рака: они по-разному реагируют на бремя болезни и лечения [24]. У молодых не развиты стратегии совладания. Рак нарушает личностное и социальное развитие.

Социальное неравенство и одиночество. Незанятые (безработные) [25], бедные [19, 26], одинокие [6, 27] – в группе риска СП. Хотя рак и суицид вхожи в хижины и дворцы, риск СП выше при низком социально-экономическом положении [28] в связи с хроническим психосоциальным дистрессом и меньшей доступностью медицинской помощи. Большинство пожилых ОБ, как и их «здоровые» сверстники, в той или иной мере беспомощны в быту и одиноки [18]. Физическое состояние затрудняет общение, обесценивает роль в семье. Дисфункциональные межличностные отношения ведут к изоляции, углублению депрессии, отчаянию и СП [23, 29]: можно ощущать заброшенность в полной семье, как одиночество в толпе.

Преморбид, психиатрическая история. У $1/2$ суицидальных ОБ выявлены личностные

расстройств [5, 30]. У 20% ОБ, получающих паллиативную помощь, СП (включая суицидальные попытки) до диагноза рака, что напрямую указывает на их низкую стрессоустойчивость и возможную предшествующую депрессию. Психические расстройства, суицидальная попытка в анамнезе, СП в семье повышают риск СП ОБ [29]. У изначально психически больных в 20 раз выше, чем в населении риск рака ротовой полости, лейкемии, лимфомы (особо при депрессии), иных гемобластозов. У страдающих шизофренией и биполярным аффективным расстройством риск рака выше вдвое, чем в населении в целом [31, 32].

Психические расстройства выявлены (самоотчёты) у 20% ОБ и у 15% перенесших рак в 24 «богатых и бедных» странах. У 1/2 первичных пациентов определены психические расстройства, чаще у больничных (более тяжелых) ОБ-суицидентов. Среди терминальных ОБ > 1/2 психически больны [33, 34].

Депрессия служит важнейшим предиктором СП ОБ вне зависимости от места и стадии опухоли. *Риск суицида депрессивного ОБ выше не в 2-4, но в 25 раз* [23]. Распространённость (по неточному скринингу) депрессивных расстройств ОБ в систематических обзорах в широком интервале 10-60%, клинической депрессии ОБ 5-40% [21, 23]. Психиатр выявит у 1/3 суицидальных ОБ клиническую депрессию, у 1/2 – нарушение адаптации (самый частый психиатрический диагноз ОБ) с тревожно-депрессивными чертами [23]. Часты депрессии при раке поджелудочной железы (50%), ротоглоточной области (40%), груди (до 1/3), желудка (>10%) [23]. Так, УС при раке поджелудочной железы на 100-1100% выше, чем в сопоставимой группе населения. Особо суицидоопасна депрессия с безнадёжностью на продвинутых стадиях и тревожная депрессия [35, 36].

О тревоге сообщают около 40% выживших онкологических больных. Уменьшение тревоги и депрессии ассоциируется с улучшением социальной поддержки, функционирования семьи и самочувствия [37]. Среди ведущих факторов, вызывающих тревогу, называется: боль (37,3%), нарушения дыхания (24,0%), инвалидность (16,0%), расстройств питания (12,0%) расстройства сна (9,3%) [38].

Тревога – одна из основных причин психиатрической консультации терминальных ОБ. Симптомы тревоги у 15-30% ОБ – как и при иных хронических медицинских болезнях [23].

Деморализация («капитуляция») обычна на продвинутых стадиях рака – приводит к желанию ускорить смерть и суициду. Не менее 15-30% ОБ деморализованы, но не депрессивны, а каждый третий-пятый – депрессивны.

Ощущение обременённости собою и для окружающих более на продвинутых стадиях (40%).

Когнитивные нарушения и спутанность (делирий англоязычной литературы) у 25-40% ОБ, у 1/3 суицидальных ОБ. Среди терминальных ОБ спутанность более часта: до 85% при интоксикации и / или лекарственной гиперседации [23].

Диагноз рака. «Критический период» суицида мужчин (особо) и женщин – первые 1-2 года верифицированного диагноза в странах с разной доступностью и развитостью общемедицинской и специализированной помощи [14, 17, 21, 22, 39]. На первый год диагноза приходится 40% суицидов ОБ [40], чаще на продвинутых стадиях. Для всех раков с относительно плохим прогнозом риск суицида в 2-4 раза выше в первые полгода установления диагноза, чем усреднённый [4, 8, 13, 22]. Суициды в первые 3 месяца (1/2 – в первые 2 недели) вслед первой госпитализации объяснены *несостоятельностью в новых условиях, доступом к средству суицида, нераспознанной депрессией* [25]. Так, в первый год диагноза 10% ОБ испытывают депрессию и/или тревогу, требующие помощи психиатра [41]. Второй пик суицидов спустя 12-14 месяцев [8] у ОБ с изначально неплохим прогнозом в ответ на рецидив (неуспех лечения). Ранние (до года диагноза) и «поздние» суициды сходны по демографическим характеристикам ОБ, но первые чаще (55%) при продвинутых стадиях (запоздалом диагнозе), чем поздние (20%). Риск суицида выше, чем в населении в целом и через 5-30 лет [6, 22]. Высокий риск суицида после диагноза объясним «катастрофической» реакцией на рецидив (метастазирование), депрессией в ремиссии «выживших» со страхом рецидива (программируемым хроническим дистрессом?), побочными действиями поддерживающего лечения и косметическими дефектами (уродствами) после лечения. *Риск СП выше у переживших рак в детстве* как раннего неблагоприятного события [42].

Физические симптомы и функциональная несостоятельность (одышка, неспособность самостоятельно отправлять основные жизнен-

ные потребности, потеря речи, слуха, зрения, обездвиженность) вызывают психосоциальный дистресс, снижают КЖ [29, 43, 44].

Хроническая боль в 2-3 раза увеличивает риск суицида в течение жизни лиц 16-85 лет без психических расстройств или злоупотребления ПАВ [45]: 65% жертв суицида страдали последний год жизни. Боли и эмоциональный дистресс взаимосвязаны, но «непереносимая» боль строго прогнозирует СП лишь без учёта микросоциального конфликта (по А. Амбрумовой). На продвинутых стадиях боль сосуществует с известными факторами риска СП: депрессией, безнадёжностью, спутанностью сознания, импульсивностью [23].

Местоположение опухоли. Наибольший риск СП при раке лёгких и бронхов, ротовой полости и глотки, пищевода, желудка и поджелудочной железы, головы и шеи, саркоме Капоши ВИЧ-позитивных [5, 17, 21, 23]. УС при раке лёгких, поджелудочной железы и пищевода с плохим прогнозом (5-летняя выживаемость <10%), болезненными симптомами и / или нарушениями повседневного функционирования (дыхание, глотание) в первый год диагноза в 6 раз выше, чем в сопоставимых группах общего населения. При таких раках часто, как показано выше, депрессия. Наибольший УС (как при раке лёгких мужчин) связан с табакокурением и пьянством, хроническим гепатитом В и С; «доонкологическими» психическими проблемами, отражая запоздалые диагноз и лечение. УС «ранних» (до года после диагноза) суицидов в 1,5 раза выше при билиарно-поджелудочном раке, лёгкого, желудка [40].

Сверхвысокий УС при отдельных опухолях определён худшим прогнозом и распространённостью рака. Однако рак простаты (при относительно неплохом прогнозе за счёт ранней диагностики), наряду с раком лёгких, поджелудочной железы, головы и шеи входит в печальную «четверку» раков с наибольшими УС, особо у пожилых мужчин [21], хотя даже метастатические формы (<5%) позволяют определять пятилетнюю выживаемость у почти трети ОБ [46]. У 15% покончивших с собой ОБ был «неопределённый» прогноз [23].

Тяжесть и неблагоприятный прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости). Метастатический рак – самая частая телесная болезнь покончивших с собой американцев ≥ 65 лет [47]. У >1/2 покончивших с собой ОБ был плохой прогноз; > 85% суицидов совершают ОБ на

конечных стадиях, вопреки ограничению физических возможностей [23, 48]. Суицидальный риск у 30-85% ОБ в продвинутых стадиях особо связан с болью [23, 36, 49]; 15-25% таких ОБ совершают самоубийство или попытки [29, 50] в больнице (!) и дома. При локализованном раке у 1/4 ОБ депрессивные симптомы, но > 3/4 на продвинутых стадиях при ухудшении физических функций и/или химиотерапии, причём 1/5 соответствуют клинической депрессии [23]. Риск СП на продвинутых стадиях обусловлен депрессией (30%), метастазами с необлегчаемыми болями (50%), спутанностью, функциональными, психологическими и социальными ограничениями [29], нарастающими по мере развития (метастазировании) болезни, но не при изначально множественной опухоли [6]; важен «вклад» сопутствующего психосоциального дистресса [48].

Друг Альфонсины Сторни (46), онкобольной, покончил с собой. Это событие и неоперабельный рак груди через год подвигли её на последнее стихотворение «Пойду спать»: «И вы забудете... Спасибо. Ах, да – есть одна просьба: если он снова позвонит, скажите, чтобы перестал, – что я ушла». В прощальной записке красными чернилами на голубой бумаге: «Я бросилась в море».

Противоопухольное лечение: нежелательные действия и последствия. Приём кортикостероидов, противоопухольных, ряда антигипертензивных лекарств могут усугубить депрессию ОБ и опосредованной – риск СП [5, 21, 23]; возможна намеренная передозировка наркотиков с суицидальной целью [51]. Риск повышен и растормаживающим ранним неспецифическим побочным действием антидепрессантов (прописаны в алгоритмах обезболивающего лечения ОБ), особо у подростков [52]. Обширные оперативные вмешательства, влияющие на внешний вид, психосексуальное восприятие при увеличении выживаемости «парадоксально» увеличивают риск СП клинически излеченного пациента, провоцируют хронический эмоциональный дистресс [16, 19]. Повышение риска СП вшестеро в первый год диагноза рака шейки матки связан и с последствиями операции и депрессией спустя годы излечения [53]. Риск СП выживших после детского рака, возможно, связан с последствиями лечения и отставленным эффектом неблагоприятного (стрессогенного) жизненного события [42].

Низкое качество, неудовлетворенность повседневной помощью. Недостаточность, неэффективность лечения – мотивы СП 40% отечественных ОБ на продвинутых стадиях [29]. По данным ВОЗ, лучевая терапия необходима 70% ОБ, но в РФ её получает < 1/3. У 45-80% на конечных стадиях (пациенты хосписов) выражен болевой синдром без гарантий достаточного обезболивания [54]. Уровень потребления опиоидных анальгетиков в РФ оценён низкий: < 200 условных суточных доз / 1 млн пациентов / сутки, или в 1000 раз меньше иных развитых стран. Типично затягивание перевода на морфин; ОБ получают высокие дозы менее эффективного препарата. Среди отказавшихся от лечения отечественных ОБ болями страдал каждый второй, но обезболивание получал каждый пятый [16]. Врачи боятся брать единичную ответственность, не всегда владеют навыками выбора наркотических обезболивающих, схем рациональной полифармации (с антидепрессантами), своевременной коррекции побочных действий. Напротив, распространена небезопасная и неэффективная нерациональная полифармация [27, 55]. В странах с разным уровнем доходов населения не более 60% ОБ с психическими проблемами получали специализированную помощь за последний год [33]. Так, 1/3 деморализованных ОБ, не соответствуя критериям депрессивного расстройства или реакции дезадаптации, не получают помощи [56, 57]. Показательно обращение суицидентов за несколько недель до трагедии к интернистам [58, 59], каждый второй суицидент осмотрен врачом общей практики в течение двух месяцев до самоубийства (попытки), 50-70% суицидентов за 2 недели до трагедии [58, 60]. У 1/3 совершивших суицидальную попытку были листы нетрудоспособности в связи с соматическими болезнями [61]. Не менее 80% ОБ на продвинутых стадиях прямо или косвенно сообщают о намерениях суицида, склонны поговорить об этом (общее коммуникативное действие суицидента, по Е. Shneidman [62], – «сообщение о намерении»), более доверяя врачу (>60%), чем близким [29] – при отдалении от семьи. Более 80% ОБ ценят беседу, но осуждают врачей за нежелание обсуждать тему добровольного ухода из жизни. Однако в центре неподготовленного и загруженного персонала лишь физические симптомы, а не психологический дистресс и депрессия. «Перегорание» (эмоциональное истощение, цинизм к ОБ)

и ощущение снижения личных достижений) у почти 1/3 онкологов [63] и большее при паллиативной помощи – не способствует мотивации к изменению к лучшему рутинной работы и большей суицидальной бдительности. Более того, отстранённо-формальное отношение персонала способствует СП.

Низкое качество сообщений СМИ: сообщают о суицидах ОБ с указанием часа трагедии, обнаружения трупа, точного адреса, этажа, откуда выбросилась жертва, деталей повешения, самострела на первых полосах с большими шрифтом и заголовками (по кальке резонансных суицидов подростков): «эпидемия», «волна» суицидов (при 0,5% доле суицидентов среди умерших ОБ в Москве); скоропалительно указана причинно-следственная связь суицида с «отсутствием обезболивающих», «отказом в госпитализации». Сообщения иллюстрированы фото улыбающихся (ещё в здравии, при орденах) жертв с указанием фамилии и послужного списка; по примеру зарубежных источников изображены «нейтральные» горящая свеча или карета скорой помощи – коли жертва не профессор и не адмирал, а безымянный пенсионер. Обычно «оглашённые» суициденты – пожилые (65-85) лет, семейные. Цитируют (вольнo, с разночтениями) предсмертные записки 1/3 жертв: «невыносимые боли», «устал бороться с болезнью», «не хочу быть обузой», «нет денег на лечение». Данные о диагнозе «по горячим следам» со слов родных, соседей, подчеркивающих страдания больных, беспомощность, невнимательность врачей. Примечательно сообщение (не вызвавшее дискуссии и тиражирования, как прочие) о самоповешении 36-летнего механика, за год до трагедии начавшем плохо переносимое лечение. Чтобы «побороть депрессию, посещал психолога» [64].

Факторы риска СП суммированы в табл. 1. Большинство – служит факторами риска и депрессии при раке.

Континуум и эквиваленты СП. *Суицидальные мысли* у ОБ – чаще, чем у иных соматических: до 70% на разных этапах болезни, включая ремиссию, и лечение, что, однако, оспорено недавним обзором. Следует различать «мысли и мысли», мимолётные о тяготе и бессмысленности жизни (отражает антивитальное настроение) от неотступных суицидальных, влекущих планирование поступка. Скрининг указывает большую частоту континуума СП, нежели клиническая беседа.

Таблица 1

Факторы риска СП ОБ

<p>Общие (социодемографические, психиатрические) факторы</p>	<p>Раса (белая), возраст (≥ 65 лет – риск нарастает с возрастом), пол (мужской). <i>Психиатрический анамнез:</i> депрессия, злоупотребление ПАВ; импульсивное поведение (пограничное личностное расстройство); история СП в семье, суицидальная попытка в прошлом (самый важный прогностический фактор суицида). <i>Социальные (функциональные) факторы:</i> недавняя (актуальная) потеря: смерть близкого (в т.ч. от рака), беспомощность, малая социальная поддержка, одиночество. Незанятость (безработица, инвалидность), нарушение ролевого, бытового, повседневного функционирования. <i>Клинические факторы:</i> депрессия (симптомы, синдром) и/или тревога с ощущением беспомощности (деморализация) безнадежности, отчаяния, бремени для себя и окружающих. Злоупотребление ПАВ. Психосоциальный дистресс. Экзистенциальный «тупик». Страх будущего. Отказ от лечения, нарушение режима лечения. Отсутствие бдительности необученного персонала, семьи. Безверие. Доступ к средству суицида (лекарствам – намеренная передозировка или отказ, катетеру, воздухопроводной трубке – при их удалении).</p>
<p>Связанные с раком (особые) факторы</p>	<p>Недавний (до года) диагноз. Расположение опухоли (особо у злостных курильщиков и картоферов). Продвинутое (метастатические) стадии; плохой прогноз (малый шанс 5-летней выживаемости). Побочные субъективно тяжело переносимые действия химио-радиотерапии (заторможенность, гормональные нарушения, постоперационные дефекты). Физические симптомы: хроническая боль, истощение, утомляемость. Симптомы недостаточности: ограничение подвижности, контроля жизнедеятельности. Нежелательные действия терапии. Спутанность сознания с импульсивным поведением. СМИ (тиражирование низкокачественных сообщений о СП ОБ). Ложные представления (мифы) о природе, возможностях, альтернативах лечения (балансе риск-польза) и последствиях рака.</p>

Возможно, «всего» 20% ОБ сообщают о суицидальных мыслях и безнадежности [65] при сходной частоте таковых населения. В выборке «здоровых» физически юношей 25% сообщают о суицидальных мыслях. Молодые ОБ более уязвимы к СП, включая мысли о смерти [66]. Каждый десятый амбулаторных пациентов раскрывает мысли о нежелании жить или суициде в течение нескольких дней за последние 2 недели в связи с сильной болью [67]. Среди подумывающих о суициде у > 10% ОБ рутинным скринингом выявляются суицидальные намерения, при неотступных мыслях – у ¼ [68]. Каждая десятая консультация психиатра в онкоцентре (США) связана с оценкой риска СП после высказываний ОБ [32]. Психиатры отметили преходящие мысли о нежелании жить у > 1/3 ОБ, но только у 5-10% – неотступные суицидальные, чаще при депрессивных расстройствах, сложностях межличностных отношений, физическом и психологическом дистрессе, неконтролируемых болях, безнадежности, социально-бытовых трудностях, сложности выбора лечения [32, 68, 69]. Психиатр выявил у > ½ клинически депрессивных плохо физически функционирующих ОБ суицидальные мысли [69]. Суицидальные мысли чаще у пожилых депрессивных ОБ [69], у каждого десятого на продвинутых стадиях рака.

Деморализация более влияет на суицидальные мысли, чем депрессия [70]. Депрессия и длительность боли увеличивают риск суицидальных мыслей, тогда как эффекты пола и силы боли изменчивы [71]. Большинство помышляющих о смерти ОБ не совершит суицид, но ½ покончивших с собой ОБ делилась суицидальными мыслями (планами) с близкими [72]. У 40% «выживших» 3-8 лет после рака простаты суицидальные мысли не связаны с депрессией [42], но 60% получали лечение за год до скрининга. Суицидальные мысли чаще, чем в контроле и спустя 10-15 лет после диагноза. Демографические переменные не связаны с суицидальными мыслями и качеством жизни в отличие от плохого физического состояния и болей после контроля депрессии. Неизвестно, сохраняются ли суицидальные мысли по миновании (облегчении) депрессии. Негативное религиозное совладание (отсутствие принадлежности к религиозной конфессии) связано с повышенным риском суицидальных мыслей после контроля демографических и клинических характеристик [73].

Большинство (>60%) отечественных ОБ открывает суицидальные мысли именно врачу, полагая, что близкие не поймут их. Обсуждение темы суицида поддерживают > 80% ОБ. Почти ½ (45%) онкологов сталкивалась в прак-

тике с СП ОБ, что свидетельствует об его распространённости, но лишь в единичных случаях проводится активный опрос больных на эту тему. Большая часть (62%) онкологов считает, что активное выявление суицидальных идей может провоцировать самоубийство больных. Почти 60% врачей при предъявлении им суицидальных идей убеждают в их «неправильности», но каждый четвертый пытается уйти от предметного разговора [29].

Суицидальные попытки. Риск попыток суицида у ОБ 17-39 лет вчетверо выше после контроля демографических характеристик, депрессии, употребления спиртного [74]. Почти 1/3 ОБ совершила суицидальную попытку в период хирургического лечения, при отказе от лечения – 15%, при рецидиве (прогрессировании) опухоли – 35%, до паллиативной помощи – 10% [29]. Сверка городского (Тюмень) регистра суицидальных попыток с канцер-регистром выявила суицидальные попытки у 1% ОБ (65% при распространённом раке), соотношение мужчин / женщин 1 : 2-3 (как в населении). Почти у 20% ОБ с СП суицидологический анамнез, что косвенно указывает на низкую стрессоустойчивость будущих больных [29].

Мотивы СП: отказ от жизни; изменение поведения окружающих или привлечение внимания («крик о помощи»); смешанные, неосознаваемые или амбивалентные колебания между жизнью и смертью у 1/2 ОБ [75]. При распространённом раке доминируют пересекающиеся и взаимопотенцирующие *соматические* (90-95%) и *депрессивные* (70%) факторы: прекращение *физических мук* (95%), представления о бессмысленности и тяготе существования (70%), неспособность к самообслуживанию (>35%), желание освободить родственников (>30%), ощущение неполноценности (10%) [29]. Опрос > 2000 «здоровых» респондентов, персонала семи психиатрических больниц РФ, выявил 1/3 готовых покончить с собой и оправдывающих суицид как бегство от мучений тяжкой болезни [76].

Способы суицидов. Среди >1000 больничных ОБ (Тайвань) рак легких и бронхов и низкий доход вели к brutальным суицидам (самоповешение, падение с высоты) [26]. Передозировка анальгетиков и седативных – препаратов – частый способ суицидов и попыток ОБ [23, 29], обычно дома, запланировано. Ведущий способ попыток суицида – самоотравление [29]. Большинство зафиксированных (априорно

самых тяжелых) суицидальных действий отечественных ОБ завершается гибелью (63%). Преобладают самоповешение и самоотравление (по 32%), самострел (21%). Женщины чаще (67%) погибают от намеренной передозировки лекарств.

Желание ускорить смерть, представлено преходящими (чаще) или постоянными мыслями, требованиями помочь умереть посредством эвтаназии, ассистированного суицида или планом суицида (самоповреждение, отравление), выбором заведомо губительного образа жизни как курение, несоблюдение режима лечения или жизнеспасующей терапии или диеты.

Противостояние между «невообразимо мучительным недугом и невообразимо сильным организмом» (П. Анненков). И.Тургенев: «Как мне хотелось бы сегодня же присоединиться к моему другу!» (мужу П. Виардо. *Прим. авт.*). Писал: «Болезнь не только не ослабевает, она усиливается, страдания постоянные, невыносимые – несмотря на великолепнейшую погоду – надежды никакой. Жажда смерти всё растёт». (Полонской), «Я же человек конченный – доктора даже не знают, как назвать мой недуг ... Ни ходить, ни есть, ни спать, да что! Скучно даже повторять всё это! ... Не могу больше, устал». (Л. Толстому). Умолял Полину Виардо выбросить его из окна. Временами (видимо, следствие передозировки морфия и интоксикации. *Прим. авт.*) на него «набрасывались» морские чудища; отравляли еду, атаковали ассирийские солдаты, но в просветлении диктовал преданной и долготерпеливой П. Виардо, недавно кажущейся «леди Макбет», повесть «Конец» о самоубийце и давал выстраданные советы: «Человек, желающий жить спокойно! Никогда ничего не предпринимай, ничего не предполагай, ничему не доверяйся и ничего не опасайся!» (по А. Труайя «Иван Тургенев»).

Смерть с помощью врача, эвтаназия, решение о смерти. Суицид с помощью означает предоставление им средства прекращения жизни (выписывание лекарства в заведомо смертельной дозе). *Эвтаназия* – введение врачом смертельной дозы с согласия или без согласия пациента. Более 1/4 ОБ подумывали об эвтаназии или суициде с помощью врача и 10% обсуждали их возможность с врачами и другими, испытывая боль и/или в депрессии или психологическом дистрессе, накапливали лекарства, читали «Последний выход» (руководство «достойной смерти» терминальных ОБ) [77]. Через год по выходу руководства для смертельно больных «Окончательный выход», советуящего асфиксию, число самоповешений в Нью-Йорке выросло с 8 до 33; книга найдена на месте 1/4 суицидов. После ТВ передачи об эвтана-

зии морфием в течение двух недель в клинику токсикологии (Польша) после суицидальных попыток поступили измученные болями и депрессией четыре больных раком и рассеянным склерозом [цит. по 64].

Не менее 20-50% пациентов хосписов стремятся ускорить смерть, >80% ищут помощи в смерти и эвтаназии по сравнению с <20% нераковых хронически больных [54]. Так, у 1/2 терминальных ОБ желание ускорить смерть, у <10% – постоянные мысли об ускорении смерти [36]. Желание ускорить смерть – многоаспектный феномен, не обязательно патологический, имеет множество смыслов, не связанных с непременным стремлением убить себя, но означает гипотетический план отчаянного «освобождения», порой – приспособительная цель управления дистрессом [78], как и «утешающие» мысли о суициде.

Недостаточно контролируемая и субъективно непереносимая боль, препятствующая повседневной жизни ОБ – драматический фактор риска суицида и требований помочь умереть [23, 29, 45, 79]. У > 3/4 ОБ со «средней и сильной» болью выражено желание ускорить смерть. Страдающих от боли ОБ на конечных стадиях (пациенты хосписов) > 45% [54]. Депрессия и безнадежность – независимые важные предикторы желания смерти ОБ: у 45-60% – клиническая депрессия против 15% недепрессивных [80]. Предикторы желания ускорить смерть терминальных ОБ помимо депрессии и/или тревоги, безнадежности (особо опасно их сочетание) ощущение физического бремени для себя и окружающих, недостаточная медико-социальная формальная и неформальная (в семье) поддержка, нечувствительность персонала к психологическим нуждам ОБ, неудовлетворенность помощью [23, 81]. Почти 65% принявших смерть с помощью ощущали себя бременем для близких, включая неформальных помощников [23]. Потеря социальной поддержки связана с СП на продвинутых стадиях рака. 33% мужчин и 40% женщин, стационарных ОБ, теряют надежду на выздоровление [18]. ОБ могут утаить дистресс из страха обременить врача [82]. Качественный анализ терминальных ОБ с желанием ускорить смерть показал восприятие долгого мучительного недуга при недостаточности паллиативной помощи. Желание ускорить смерть требуют удобства тающего остатка дней, облегчения симптомов, как не всегда понимаемой и самим ОБ (и его врачом) депрессии [81].

Профессионалы избегают сообщать об эвтаназии и ассистированном суициде во избежание наказания, но > 1/2 зарубежных онкологов сообщили о требованиях такого рода. Один из семи – способствовал эвтаназии или ассистированному суициду [77]. Врачи хосписа, энергично купирующие боли, обычно одобряют право ОБ отказаться от жизнеобеспечения, но противодействуют эвтаназии и ассистированному суициду, строго различия их [83]. Эвтаназию более допускают мужчины, агностики, проникнувшиеся страданиями ОБ. Две трети ОБ и представителей общественности полагали эвтаназию и суицид с помощью врача приемлемой при хронической боли [77], но, в последнюю очередь, для облегчения «бремени семьи» и «бесмысленности жизни». При неутраченной боли большинство онкологов видит эвтаназию и суицид с помощью – приемлемыми. Требования эвтаназии и помощи в суициде распространены при указанных выше типах рака и меланоме (благоприятный прогноз при раннем лечении) [83].

Отказ от лечения. До 5% ОБ отказываются от лечения, считая рак неизлечимым. СП (мысли) сопровождает отказ от лечения [68]. Более 1/3 ОБ с СП Башкирии отказались от лечения [18], в равной мере мужчины и женщины, чаще 71-80 лет, разведённые и вдовцы (по 40%), одинокие (60%), в тяжёлом состоянии (25%), с обезображивающими опухолями, диспепсическими расстройствами, дыхательной недостаточностью (по 10%); болями страдал каждый второй. Часты (50%) антивитаальные переживания, суицидальные мысли (30%), замыслы (15%), намерения (>10%) ОБ, но попытки суицида совершили 5% пациентов онкодиспансера. Отказывающиеся от лечения характеризуются набором факторов СП. Отказ от лечения и несоблюдение режима лечения ОБ рассмотрены в контексте депрессии, психоза, когнитивного снижения, ухудшающих критику, и как эквивалент СП [29]. Низкая самооценка и чувство беспомощности из-за функциональных (ролевых, бытовых) нарушений связаны с КЖ и несоблюдением режима лечения [84]. Несоблюдение режима химио-радио-или дополнительной терапии у 20-80% ОБ, часто на фоне депрессии, ухудшает прогноз, что увеличивает риск СП [23]. Депрессия отражается в отказе от лечения (вследствие безнадежности и отчаяния искажается представление о балансе риск / польза терапии) и, на продвинутых стадиях, от поддерживающей

жизнь (паллиативной) терапии [85]. В последнем случае – и на фоне антидепрессивного лекарственного лечения, указывающего, возможно, неверную цель терапии. Несуицидальное аутоагрессивное поведение возможно на фоне спутанности и гиперседации. Самопорезы (самоотравления), задачей которых не есть добровольная гибель, или процедура которых предварительно неопасна для жизни. Момент времени выполнения опасных для себя действий от минут (при падении, удушении, при самостреле) до нескольких суток (отказ от еды) и месяцев (самоуничтожающие действия в виде употребления ПАВ, нарушения диеты [29]. ОБ, отказывающиеся от лечения и помощи без намерения приблизить смерть, но прожить остаток определённых врачом (за что ему спасибо) дней достойно и насыщено, указывают на аутоагрессивное поведение как комплексный феномен, затрагивающий этические, социологические, медицинские и психиатрические аспекты [86]. При этом образ отказывающегося от помощи в выдуманных историях романтизирован – ОБ испытывает лишь облегчение от тягот лечения. Клиническая реальность – дилемма между прекращением непереносимых побочных действий малоэффективного лечения при отказе от него или продление (гипотетическое) жизни заведомо низкого качества.

Бремя СП. Низкий уровень окситоцина, связанного с лактацией, дистрессом, низким социальным функционированием, благополучием, повышает риск рака в целом, и органов с окситоциновыми рецепторами (матки, груди, мозга) в частности, но более на фоне табакокурения и спиртного. Смерть ОБ затрагивает его близких [87].

Болезни легких. Повышен риск СП при ХОБЛ (мужчины) [88], пневмонии [89]. При бронхиальной астме частота мыслей о самоубийстве у детей и подростков (9-17 лет) повышена втрое (контроль сопутствующих психических расстройств результат не меняет), более чем четырехкратное увеличение риска попыток самоубийства. Депрессия выявлена у 12% больных астмой и в 6% в контроле (Ю. Корея), суицидальные мысли в 21 и 9%, попытки – у 1 и 0,4% соответственно [90]. При учёте социально-демографических характеристик (пол, образование, семейное положение, доход), употребления спиртного и курения, физических упражнений, сопутствующих са-

харного диабета, гипертензии, инсульта, артрита, депрессии риск суицида повышен в >1,5 (ранее полагалось в > 4 раз), попыток – в 1,3 раза. Бронхиальная астма – независимый фактор риска СП.

Туберкулёз. Среди 4900 пациентов (54,5% мужчин) 42 общественных клиник первичной помощи (ЮАР) 9% сообщили о суицидальных мыслях (как и в Индии, Уганде), 3% совершили попытку суицида. Женский пол, психосоциальный дистресс, ПТСР, злоупотребление спиртным, рецидив болезни связаны с СП [91]. У больных туберкулёзом, как и СПИД, ряд потенциальных факторов риска СП (нейропсихиатрическая болезненность, употребление ПАВ). Туберкулёз и СПИД часто сосуществуют. Показатели СП, тем не менее, не столь велики, как при СПИД, возможно, в связи с лучшими результатами лечения.

Сердечно-сосудистые болезни. Риск СУ возрастает у пациентов с острыми и хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом больные с хронической сердечной недостаточностью имеют самую высокую ассоциацию с психиатрическими заболеваниями, а лица с имплантацией кардиостимулятора, чаще молодого и среднего возраста, имеют самый высокий уровень смертности от самоубийств [92].

Риск суицида и насильственных смертей в целом повышен в 1,6 раза при лекарственном снижении уровня холестерина у мужчин. Сочетание с депрессией распространено, она способствует развитию сердечно-сосудистых болезней и худшему прогнозу, уклонению от лечения [88].

Связь сердечно-сосудистых заболеваний и риск суицида подтверждён не во всех исследованиях. Тем не менее, среди лиц, совершивших попытку самоотравления, препараты, влияющие на сердечно-сосудистую систему, в структуре лекарств, выбранных для суицида, устойчиво занимают второе место после психотропных средств. Причём, исследования, проводимые в различных регионах страны, дают очень близкие показатели: Нижний Новгород – 12,6% [93], Тюмень – 13,5% [94]. Преобладают гипотензивные и противоаритмические средства, что косвенно указывает на присутствие этих болезней среди суицидентов.

Желудочно-кишечные болезни. Трудность оценки риска СП связана с учётом злоупотребления спиртным как фактора суицида. Так, в

исследованиях J. Кнор и соавт. [95] из 1000 пациентов, перенесших резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК), в период наблюдения от 21 до 29 лет самоубийство совершили 13,7%. Половина (50%) лиц, совершивших суицид, являлись алкоголиками и/или злоупотребляли алкоголем. В другом исследовании [96] число самоубийств среди больных язвенной болезнью желудка и ДПК значительно превысило ожидаемое число как у мужчин, так и у женщин, однако между оперированными и неоперированными пациентами различий не было.

В 3,4-4,5 раза повышен риск суицида при желудочно-кишечных кровотечениях, что вероятно так же ассоциировано с алкогольными проблемами контингента [89].

Болезнь Крона и язвенный колит часто поражают молодых, связаны с болями, хирургическими операциями, депрессией. Риск суицида повышен [88].

Болезни печени. Распространённость заболеваний печени в популяции оценивается в 0,7%. Депрессия выявляется у 17,2% больных с гепатологической патологией, среди которых частота суицидальных попыток достигает 33,2% [97]. Группу риска составляют и кандидаты на пересадку печени, часто испытывающие депрессию и / или тревогу, когнитивное снижение, страх будущего (можно не дождаться очереди...) [88].

Диана Арбус – известнейший фотограф США – и очень несчастная. После гепатита мучили приступы депрессии и головные боли. Временами чувствовала хорошо, но потом энергия и желание работать исчезали, чувствовала изнеможение и разочарование. Так провела два-три года. Приняла в 48 лет смертельную дозу барбитуратов и вскрыла вены.

Почечные и мочеполовые болезни. Риск СП повышен при почечной недостаточности, но методологические ограничения исследований затрудняют его объективизацию. Показано, что распространённость депрессии и суицидальных идей возрастает с уменьшением расчётной скорости клубочковой фильтрации (РСКФ). Риск депрессии увеличивается при РСКФ <45 мл/мин/1,73 м, а суицидальных идей при РСКФ <90 мл/мин /1,73 м, и нередко сохраняется даже после их корректировки [98].

Риск суицида повышается в период первых 3 месяцев начала диализной терапии [99], возрастая в 25 раз при длительном лечении (относительно общей популяции) [88]. Не показано снижение риска при трансплантации почки,

возможно, в связи с пожизненным лечением (контролем электролитов крови) и страхом отторжения органа [88]. В целом отмечается, что риск возникновения депрессии и суицидальных идей повышается даже у пациентов с легкой почечной дисфункцией. Поэтому стратегии оценки и управления в отношении проблем психического здоровья должны учитываться на всех этапах развития хронической почечной недостаточности [98].

Повышают риск суицида и болезни простаты [88].

«...ну вот я и вернулся из санатория. Что же со мною ... сосёт меня мысль, что вернулся я умирать. Это меня не устраивает по одной причине: мучительно, канителью и пошло. Как известно, есть один приличный вид смерти – от огнестрельного оружия, но такового у меня, к сожалению, не имеется. Поточнее говоря о болезни: во мне происходит ясно мной ощущаемая борьба признаков жизни и смерти. ... к концу жизни пришлось пережить ещё одно разочарование – во врачах-терапевтах. Не назову их убийцами, это было бы слишком жестоко, но гастролёрами, халтурщиками и бездарностями охотно назову... А больше всего да поможет нам всем больным – Бог!». М. Булгаков, письмо, декабрь 1939.

Эндокринные болезни. При инсулин - зависимом диабете риск суицида выше в 1,5 раза, в группе 20-24 лет – втрое, чем в общем населении [88]. Доля смертей, связанных с самоубийствами, среди больных сахарным диабетом 1-го типа и больных сахарным диабетом 2-го типа может составлять 7,7% и 1,3%, соответственно [100]. До 11,4% пациентов с диабетом 2 типа сообщают о предыдущих попытках самоубийства [101]. Имеются так же сообщения, что среди японского населения суицид совершили 0,83% больных сахарным диабетом, что было меньше, чем в общей популяции [102].

Риск суицида недооценён в силу смертей от гипогликемии, возможно, вследствие отказа от лечения или намеренной передозировки инсулина. Соотношение мужчин и женщин, пытающихся покончить с собой с помощью инъекции инсулина, 1:1; в ½ случаев – рецидив СП. Соотношение суицидов и попыток посредством инсулина 4:1. Доля намеренных (трудно отличимых от ошибочных) передозировок инсулина с целью суицида – 2%. Возможно самоотравление и пероральными препаратами – необходим токсикологический скрининг при кетоацидотической коме [88].

При заболеваниях щитовидной железы суицидальное поведение может быть связано с

депрессией и психозами, что можно объяснить участием гормонов в развитии этих состояний. Интересен установленный факт, что у лиц старше 60 лет, умерших в результате самоубийства, наблюдается значительное снижение веса щитовидной железы по сравнению с теми, кто умер по другой причине (снижение примерно на 3 г, $p=0,03$, для 60 лет и старше) [103]. С другой стороны имеются сведения о повреждении щитовидной железы и последующим развитием тиреотоксикоза у лиц, совершивших «неудачную» попытку суицида путём самоповешения [104].

Болезни опорно-двигательной системы. Риск суицидов ампутантов изучен на примере солдат без однозначных выводов. Двух-трёхкратное повышение риска суицида при артрите, судя по психологическим аутопсиям, подкреплено частотой сопутствующей депрессии [88].

Чаще сообщают о попытках самоубийства в прошлом больные артритом молодого возраста. Последний факт интересен тем, что среди этих пациентов значительно повышен уровень перенесённого сексуального насилия в детстве (3,77), хронического родительского насилия в семье (3,97), физического насилия в детстве (1,82). При этом никто и никогда из них не страдал депрессивным (3,22) или тревожным (2,34) расстройством [105]. Отмеченные характеристики указывают на ряд сложных психосоматических факторов как в развитии артрита, так и суицидальной активности.

Волчанка – часто сочетается с психическими расстройствами. Частота клинической депрессии и тревоги 24 и 37% соответственно [106], нередко – в дебюте недуга. Частота психоорганических (вероятно, вследствие сосудистых изменений) может достигать 71%, а психических расстройств – 86% [107].

Суицидальные мысли у 12% пациентов, чаще с симптомами депрессии, суицидальными попытками в анамнезе, недавними неблагоприятными жизненными событиями [108].

Звон (шум) в ушах [88]. У больных частота депрессии в течение жизни 62% против 21% в контроле. В группе риска пожилые одинокие мужчины, страдающие депрессией (70%); 90% совершили суицид в первые 2 года диагноза (40% – в первый), 25% совершили суицидальные попытки до болезни.

Ухудшение зрения и слепота как фактор риска СП сомнительно, но актуально в сочета-

нии с депрессией и не связанными с зрением состояниями как ослабленное здоровье и физическая болезнь [109]. Риск суицида повышен у мужчин трудоспособного возраста [110]. Успехи лечения (катаракты) снижают риск суицида пожилых. Наиболее распространены самоповешение и самоотравления, но, очевидно, не самострелы.

... Дик покорно лёг, а вернее рухнул, как срубленное дерево, боком повалился с седла к ногам Торпенхау. Удача сопутствовала ему до конца, до свершения последнего милосердия, когда благословенная пуля пробила ему голову. *Р. Киплинг Свет погас.*

СПИД / ВИЧ связаны с сопутствующим злоупотреблением ПАВ, психическими расстройствами, социальным дистрессом, что затрудняют выводы о прямом эффекте на повышенный риск СП – в 36 раз, 24 – среди 20-39 лет [88] в связи с общим впечатлением о тяжести и мучительности симптомов, смертельности и неизлечимости. Большинство данных о гомосексуальных / бисексуальных группах мужчин. Дестигматизация болезни и больных, улучшение лечения уменьшили сверхвысокие показатели СП. Современные данные указывают на превышение риска в 4-6 раз в репрезентативных выборках [111]. Риск суицида особо высок у гетеросексуальных женщин и гомосексуальных мужчин. Дополнительные факторы риска, по самоописаниям: социальный контекст (дискриминация), бездомность, одиночество [111]. Четверть жертв суицида (Швеция) страдала нелечеными психическими расстройствами. Типичны суицидальные мысли в ожидании результатов анализов. Среди 422 пациентов (Сеул) у 44% суицидальные мысли, 11% совершали попытки суицида [112]. 27% больных сообщили о суицидальных мыслях, 22% планировали суицид; 9% ВИЧ - положительных умерли вследствие суицида; около 20% наносили самоповреждения. Суицидальные мысли более связаны с психосоциальными, а попытки – с социально - экономическими факторами риска. Выделены независимые факторы риска СП: женский пол, молодой и средний возраст, незанятость, сочетанные болезни (как клиническая депрессия), боли, злоупотребление ПАВ, ВИЧ у супруга (супруги), одиночество, отсрочка помощи.

Псориаз поражает 1-3% населения, и у 2,5% диагноз не установлен; связан со снижением КЖ даже в лёгких формах и повышенным

риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертностью в более тяжелых формах [113]. Оценка суицидального риска разными авторами неоднозначна. Wu J. [114] сообщают, что не прослеживается повышения риска СП даже при тяжёлых формах, псориатическом артрите и анкилозирующем спондилите, делая вывод о том, что, частота депрессии *per se* не указывает на повышение риска СП. В других исследованиях [115, 116] указывается, что более тяжёлый псориаз и более молодой возраст ассоциируется с большей вероятностью суицидальности.

Неврологические болезни.

Показана важная связь с СП (особо при эпилепсии, множественном склерозе, амиотрофическом боковом склерозе, паркинсонизме) [117, 118, 119]. Наиболее частые факторы риска СП безнадёжность, депрессия и социальная изоляция [117].

Инсульт. Риск суицида повышен у женщин и мужчин < 60 лет в 13 (в связи с большей частотой депрессии?) и 3-6 раз соответственно, > 60 лет – в 1,5-2 раза, чем в населении [88, 120]. Средний временной интервал между госпитализацией и самоубийством составляет 1,9±1,8 года [120], но высокий риск может сохраняться в первые 5 лет болезни, после первой госпитализации [121]. Стандартизованные показатели суицидальной смертности самые большие (2,85; 2,17; 3,76) для пациентов в возрасте до 50 лет и не менее 80 лет и старше (1,3; 0,95; 1,79) [122]. У больных (Ю. Корея) чаще депрессия (13%), суицидальные мысли (24%) и попытки (> 1%) против 6, 10 и 0,4% соответственно в контроле [90]. Риск СП повышен при контроле демографических, социо - экономических факторов, состояния физического и душевного здоровья. Инсульт – независимый фактор риска СП.

Травмы головы нередко ассоциируются с суицидальным поведением. Показано, что ассоциация легкой ЧМТ и риска самоубийства последовательно опосредуется симптомами гнева и депрессии [123]. Ветераны боевых действий с ЧМТ (16%) более склонны к попытке самоубийства (83% ассоциации ЧМТ с попыткой самоубийства) [124].

Опухоли мозга [88]. Быстрое прогрессирование сокращает жизнь естественным образом и снижает когнитивные возможности, уменьшая и риск СП, не больший, чем при других раках.

Травмы спинного мозга часты у молодых после ДТП, часть из них обречена доживать инвалидами. Около 7% больных (как при травме головы и инсульте) подумывают о суициде, страдающие депрессией – 25%; почти пятикратный рост риска суицида [88]. Среди умерших больных с повреждением спинного мозга 4,2% смертей связаны с самоубийствами, большинство (91%) из которых происходит в первые 10 лет после травмы [125]. Среди лиц с травмами спинного мозга в 2,7% причиной повреждения является попытка самоубийства [125].

Болезнь Паркинсона. Риск суицида мужчин и женщин как в населении в целом, возможно, в связи с относительно поздним началом и эффективным лечением. Суицидальные мысли распространены, но не планы и попытки, возможно, в связи с брадикинезией, брадифренией и апатией [117].

Меланхолический по жизни и в творчестве художник Бернар Бюффе (71) не мог работать так, как ему хотелось из-за болезни Паркинсона. Надел пластиковый пакет и закрепил его клейкой лентой вокруг шеи.

Боковой амиотрофический склероз (БАС). Редкость болезней затрудняют выводы – в малой выборке (около 100 пациентов) повышенного риска не отмечено [88]. В популяционной выборке (Швеция) в 1965-2004 гг. из 6642 больных почти 6-кратное увеличение риска суицида. Жертвы суицида на 7 лет моложе при первой госпитализации, чем несуйциденты, риск наибольший на ранних стадиях болезни, в первый год после госпитализации, но высок в последующие 3 года [126].

Эпилепсия (особо височная) тесно связана с импульсивностью, аффективными расстройствами, психозом и СП (суицидальными попытками, суицидами). Пятикратное увеличение риска суицида и 25-кратное при резистентности к терапии, увеличен почти на порядок при сопутствующем психическом расстройстве, выше в 16 раз при начале болезни до 18 лет [88]. Возможно, на суициды приходится 10% смертей. Факторы риска – личностные (пограничные, нажитые) и когнитивные нарушения, СП в прошлом. Неизвестна роль улучшения медикаментозной терапии и социальной помощи. Судорожный синдром и риск СП объяснены импульсивностью, нарушениями настроения, психозом. УС повышен [127]: усреднённые данные 12% больных (включая детей и подростков) против 1% в населении. Риск по-

пыток суицида (фактор риска суицида) пятикратно повышен [88]. Сочетание с психическими расстройствами часто (особо депрессии). Дополнительные факторы риска – семейные конфликты, личностные черты, жизненный дистресс, доступ к средству суицида.

Мигрень. Повышен риск попыток суицида втрое при мигрени с аурой [88].

Болезнь (хорея) Гентингтона (бГ). У 8% носителей мутаций суицидальные идеи. Частота суицидальных мыслей удвоена с 9% в группе риска – носителей (без неврологических знаков) до 20% у лиц с мягкими неврологическими симптомами и до 23,5% у лиц с «возможной» бГ [88]. Депрессию, тревогу, безнадежность, дистресс СП, социальное снижение следует учитывать. У 17% лиц с диагнозом бГ суицидальные мысли на 1-й стадии, у 22% на стадии 2, на последующих 3-5-й идут на спад. Два критических периода повышенного риска самоубийства: перед диагнозом, затем – на стадии 2 при снижении независимого функционирования. Длительность заболевания, тревожность, агрессия, предыдущая попытка самоубийства и депрессия независимо связаны с суицидальными мыслями. Четырёхкратный рост риска суицида по сравнению с общим населением [128].

Умственная отсталость. Против традиционного мнения, риск суицида при лёгкой степени (выявленной на военной комиссии) увеличен в 2-3 раза [88]. По другим данным (Финляндия), у женщин риск ниже, у мужчин такой же как в населении в целом. Видимо, речь идёт о различных когортах и широком спектре самоповреждающего поведения.

Старческие деменции – особо на начальных стадиях, при верификации диагноза [129]. ВОЗ прогнозирует удвоение больных каждые 20 лет. Средний период нелеченой болезни 3-5 лет. Треть пожилых пациентов ПНД – страдает деменциями, но лишь каждый четвёртый из зарегистрированных в поле зрения психиатра и менее половины – получают какое-либо психиатрическое лечение за год. Классическое определение суицида исключает дементных, как и психотических. На продвинутых стадиях речь о парасуицидах и несчастных случаях. Суицидальные мысли у 40% депрессивных с лёгкой – умеренной деменциями. Депрессии (бессонница) предшествуют и сопровождают деменцию. Риск суицида повышен у мужчин и женщин в 10 раз, но идёт на убыль с годами на фоне ко-

гнитивных нарушений при сохранении риска самоповреждающего поведения. Предикторы СП – белая раса, < 70 лет, депрессия, недавняя (до трех месяцев) верификация (особо при госпитализации, указывающей, видимо, тяжесть состояния) диагноза (особо хореи Гентингтона), сохраняемая критика, неэффективность противодементной терапии. Страх перед разрушительной («распад Я») «неизлечимой» болезнью («безумием»), безнадежность и отчаяние чаще сопутствуют суициду, чем психоз. Импульсивное СП в дебюте деменции или мягком когнитивном нарушении объяснено лобной исполнительной дисфункцией.

Профессор лингвистики (50) замужем + 3 на ранней стадии болезни Альцгеймера планирует самоубийство и записывает «алгоритм», пока не забыла «Все еще Элис», 2014.

«Улыбка Голливуда», Робин Уильямс (63) свел счеты с жизнью страдал деменцией на ранней стадии, в чём он не был готов признаться публично (жена). В тревожной депрессии пытался вскрыть вены в спальне. Когда попытка не удалась, повесился на брючном ремне. Лечение в наркологических реабилитационных центрах (последняя госпитализация – за несколько недель до смерти).

Рассеянный склероз [88, 130, 131, 132] проявлен уже в дебюте парезами, преходящими нарушениями координации, зрения, дисфункциями тазовых органов, болями у 30-85% пациентов. Через 10 лет у 1/2 больных снижение работоспособности, через 15 лет – у > 1/2 трудности передвижения, > 20 лет – самообслуживания. Больные живут на 10 лет меньше, чем в контрольной группе: трехкратное увеличение риска смерти. Тревога (36-41%) и / или депрессия (50-80%) повышают суицидальный риск. Частота суицидов мужчин и женщин < 40 лет в 2 и 3 раза соответственно выше, чем в общем населении и сохраняется на протяжении болезни, > 20 лет. Риск особо высок в первый год диагноза (госпитализации): 60% – в первые 5 лет, наименьший > 65 лет, возможно, в связи с когнитивным (эмоциональное уплощение) и физическим (уменьшение возможности суицида) снижением.

Суицидальные попытки совершают 2-6% больных. Риск женщин на 30% выше. У 77% осмотренных психиатром больных выявлены антивитаальные переживания (48%), и суицидальные мысли (28%), замыслы (10%) и намерения (8%). Суицидальная динамика развивается нередко годами. Большинство больных косвенно (58%) или открыто (21%) сообщают о суицидальных мыслях, > 1/2 (55%) только вра-

чу. СП спланировано, в доме (в связи с ограничениями передвижения), в одиночестве. В пост-суициде больные негативно оценивают помощь. В > 1/2 (55%) самоотравления, чаще (72%) женщины; в 1/2 (48%) случаев несколькими лекарствами (анальгетики, седативные). В отличие от общей популяции суициденты, страдающие РС, отказывались от спиртного из-за страха утратить последние силы и решимость [130].

Ведущими факторами риска СП служат соматогенные детерминанты основного заболевания: тяжелое состояние (25%), снижение физической активности и способности самообслуживания (19%); нарушения сексуальной функции; дизурические расстройства (90%) и ухудшение зрения (66%), разлад в семье (56%) ведёт к изоляции больного (13%). Основные мотивы СП: ощущение неполноценности (94%); затруднения самообслуживания (71%); нарушение сексуальной функции (у 3/4 мужчин); чувство одиночества и ненужности (39%); безнадежность (31%); страх боли (23%); бесцельность и мучительность жизни (20%); зависть к здоровым (16%); желание освободить близких от тяготы ухода (14%); вызвать сострадание (13%) [130]. Длительное лечение рядом препаратов (глюкокортикоидными) усугубляет депрессию.

СП в общемедицинской сети [133, 134]. Более известно о стационарных больных. Количество суицидов в многопрофильных больницах и психиатрических (в США) разделено пополам. Средний возраст соматических больных, жертв суицида в многопрофильной больнице, 54 года; психиатрических – 41 год (средний возраст суицидента в РФ. *Прим. авт.*); у 1/2 есть семьи, против 1/3 психиатрических. Менее 1/3 против 60% психиатрических не работают. Наиболее часты рак (25%) сердечно-сосудистые и легочные болезни (по 15%). Соматически больные чаще бросаются с высоты в течение госпитализаций от 2 дней до нескольких месяцев (в среднем 30 дней). Показательны 155 дней стационарирования психиатрических пациентов (указывает на их тяжесть, не сводящуюся лишь к клиническим проблемам, малую эффективность терапии) при тренде сокращения длительности их последние десятилетия. При основной причине СП – депрессии, она в соматической больнице отмечена у 1/4 жертв суицида (с учётом субсиндромальной – у 1/3) при болезненности депрессии в населении 4-8%. То есть возможная гиподиагностика не затушевывает многократное превышение ча-

стоты депрессии в особой субпопуляции. Лишь 15% консультированы психиатром до трагедии. Делирий (спутанность) – фактор самоповреждающего поведения, не отличимого в отчётах от СП. Зависимость от ПАВ отмечена у <5% психиатрических жертв и у почти 20% соматических. Особый фактор СП, отличающий жертв суицида в соматической больнице, – ухудшение физического состояния.

Методические ограничения исследований. В регистрах обычно нет (недостаточно) данных о факторах риска СП: наследственности, медицинской и психиатрической коморбидности, злоупотреблении ПАВ (табакокурение и пьянство), СП в анамнезе, микросоциальных конфликтах. Реальный УС пациентов занижен, как и в общем населении, в связи с нежеланием сообщать о суицидах на разных уровнях, как и век назад, по Дюркгейму, начиная с семьи и низшего полицейского чина. Суициды затушеваны смертью от основной болезни, не распознаны в отчётах о смерти, административных базах данных. Возможно, смерти от падений, передозировок лекарств (снотворных, наркотиков), особо вслед диагнозу и утяжелению течения – резервуар скрытых суицидов. Так, учёт лишь «падений» повышает УС ОБ на 10-15% (в Дании) [цит. по 135]. Медицинская и психиатрическая заболеваемость связана с поиском помощи, и реальная популяция больных превышает учтённую в регистрах. В итоге, доля верифицированных суицидов ОБ в РФ < 1/3 [136]. Учтено лишь СП, повлекшее серьёзные медицинские последствия (госпитализацию), ставшие предметом судебно-медицинской экспертизы, резонансные, благодаря СМИ. В обычно ретроспективных когортных исследованиях объединены неоднородные выборки (разнообразии типов и стадий опухолей, условий лечения, критериев и методов, периодов оценки, скрининга), самые тяжёлые (возможна «клиническая иллюзия»). Сравнение с контролем в «общем населении» и погибшими в ДТП не всегда корректно. Общая проблема – относительно редкая (слава Б-гу) распространённость СП и его многофакторная (био-психосоциальная) природа затрудняют (затуманивают) выводы.

Не менее 13% мужчин и 17% госпитализированных в связи с соматическими проблемами женщин страдают аффективными расстройствами; 20-25% больных диабетом или ревматоидным артритом, раком > 30% при болезненности депрессии в населении 4-8%.

Заключение.

Посыл Всемирного Дня больного (11 февраля), детища Иоанна Павла II (с паркинсонизмом прожил 14 богоугодных лет): «... дать почувствовать сотрудникам многочисленных медицинских ... организаций, верующим, всему гражданскому обществу необходимость обеспечения лучшего ухода за больными и немощными, облегчения их страданий» вполне созвучен теме данного обзора.

Эпидемиология (соответствие тренду в населении, местные и гендерные различия), общие и особенные (связанные с основной болезнью на различных этапах течения, её последствиями, лечением / недолечением / нелечением) факторы риска СП и самоповреждающего поведения (в зарубежной литературе границы смыты) при медицинских болезнях (грань с душевными и здесь условна), антисуицидальные факторы (как эффект адекватного лечения и неформально помощи) недостаточно изучены. Болезнь и / или её лечение способствуют (усугубляют) психиатрическим и поведенческим расстройствам; последние могут быть фасадными и скрывать основную болезнь, задерживая адекватное лечение; они же могут предшествовать медицинской, и факторы риска СП кумулированы. Так, ожирение как проявление самого психического расстройства, нездорового образа жизни и побочного действия лечения способствуют риску диабета. Ожирение (особо женщин) связано с потенциально суицидогенной депрессией и, наоборот, как атипичной с гиперфагией.

Любые недуги в той или иной мере сопряжены с дистрессом, болью, ограничением функционирования, тяжелые, по определению, в особенности. Отдельные болезни (как рак) сами по себе связаны с повышенным риском СП (почему иные – нет?) при контроле депрессии и злоупотребления ПАВ. Видимо, важен баланс факторов риска и антисуицидальных (так, внутренняя картина болезни определяет отказ от лечения и надежду исцеления) факторов. Антисуицидальные факторы следует выявить и укрепить, изменяемые факторы риска – контролировать и нивелировать.

Риск СП сохрaнен на всех этапах болезни, включая длительные терапевтические ремиссии, и выздоровление (при сохранении низкой стрессоустойчивости). Наибольший риск СП в «критических» точках установления диагноза, начала и изменения лечения (как в ожидании

обширных операций), при утяжелении (рецидиве) болезни, требующих особого внимания «здесь и сейчас».

Так, важен алгоритм сообщения диагноза тяжелого (опасного для жизни) заболевания.

«... всю правду» в резкой форме могут перенести немногие, особо больные. Самый тяжелый прогноз можно дать в такой форме, что при полной серьёзности суждения и правде останется маленький след надежды, и этого достаточно для больного. Такой подход не гуманнее и умнее, так как мы сами можем ошибиться». Э. Кречмер «*Медицинская психология*»

Отдельные группы пациентов отличаются особо высоким уровнем СП и служат мишенями первоочередных лечебно - профилактических (антикризисных) мероприятий и первоначального определения риска СП. Типовой портрет суицидента: молодой или пожилой одинокий инвалид с суицидальными попытками и депрессиями в анамнезе, с недавним (< года), но запоздалым диагнозом (рака поджелудочной железы, СПИД), часто госпитализированный (недавно выписанный, совершивший побег), уклоняющийся от лечения / плохо его переносящий, импульсивный, с девиантным поведением (агрессивный, злоупотребление ПАВ), деморализованный физическими и /или душевными муками, с бесконтрольным доступом к лекарствам (с охотничьим ружьем на стене). Как правило, такие «мало симпатичные» пациенты проваливаются меж ячей типовой помощи.

Основным антисуицидальным фактором служит адекватная терапия. Уровень СП – показатель количества и качества повседневной помощи (своевременность диагностики, информированное согласие на «дружественное» биопсихосоциальное лечение): безопасное, хорошо переносимое и эффективное, проводимое бригадой специалистов с привлечением профессионалов сферы охраны психического здоровья и близких суицидента.

Пока персонал медицинских (увы, и психиатрических) ЛПУ недостаточно осведомлен и бдителен к СП [137]. Мифы о СП широко распространены в обществе и среди профессионалов. Их развенчание – первый шаг в изменении отношения к СП и кризисной помощи. Редок индивидуализированный кризисный план, союз врач-пациент недостаточен при медикализации терапевтической среды; фармакотерапия зачастую неадекватна при её небезопасности и дороговизне, как при засилье

устаревших обезболивающих, снотворных в ущерб антидепрессантам; не развито междисциплинарное и межведомственное взаимодействие в деле психосоциальной реабилитации. Лечение может продлить (и сократить – тоже) жизнь тяжелобольных, но «самые худшие болезни – не смертельные, а неизлечимые» (М. Эбнер), и врачи не всегда способны (не стремятся?) сохранить КЖ и избавить от необязательных страданий, подготовить к достойной смерти при особой эмоциональной насыщенности считанных дней.

Персонал первичной помощи – ключевой «сторож» в предупреждении СП [138]. Один из немногих научно доказано эффективных элементов антикризисной программы – обучение выявлению депрессии и СП [139]. Важны и меры поственции (после СП пациента) в отношении близких жертвы, иных пациентов (случайных свидетелей), профессионалов.

Скрининг и мониторинг психических и поведенческих расстройств, как депрессия и / или тревога, личностных черт (импульсивность), злоупотребления ПАВ (часто фасадно-

го как средства самолечения), субъективной переносимости (вызывающие дистресс и дополнительно стигматизирующие и снижающие функционирование и КЖ побочные действия) и результативности (*контроль вызывающих наибольший дистресс симптомов, факторов риска СП*) лечения основной и сопутствующих болезней, приверженности к терапии – часть рутинного ведения хронических больных первичной сети [140, 141], пациентов отделений скорой помощи, особо вследствие парасуицида.

Психосоциальный дистресс выше в жёстко структурированном хронотопе больницы при неразвитости стационарзамещающих форм (дневной стационар, стационар на дому). В многопрофильном стационаре необходима безопасная терапевтическая среда при ограничении доступа к средствам суицида (лекарства, ограждения на лестницах и окнах).

Профилактика СП означает эмпатию к страдающему и его близким, внимание к их насущным и изменчивым нуждам.

Литература:

- Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*. 1994; 73: 281-296.
- Войцех В.Ф. Психосоматические расстройства и суицид / Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. С. 149-155.
- Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575-600.
- Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45: 495-504.
- Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010; 19: 1250-1258.
- Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 4731-4738.
- Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
- Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med. J. Aust.* 2008; 88: 140-143.
- Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*. 2012; 21: 351-356.
- Urban D., Rao A., Bressel M., Neiger D., Solomon B., Mileshkin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest*. 2013; 144 (4): 1245-1252. doi: 10.1378/chest.12-2986.
- Зотов П.Б. Суициды онкологических больных: вопросы выявления, регистрации и учёта. *Академический журнал Западной Сибири*. 2018; 14 (3): 76-78.
- Зыков В.В., Мальцев А.Е. Значение соматических заболеваний в возникновении суицидального поведения. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 15 (3): 5-6.
- Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 4209-4216.

References:

- Harris E.C., Barraclough B.M. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)*. 1994; 73: 281-296.
- Vojceh V.F. Psihosomatičeskie rasstrojstva i suicid / Kliničeskaja suicidologija [Psychosomatic disorders and suicide / suicide-studying clinical] M, 2007. P. 149-155. (In Russ)
- Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C. et al. The interpersonal theory of suicide. *Psychol. Rev.* 2010; 117: 575-600.
- Bolton J.M., Walld R., Chateau D. et al. Risk of suicide and suicide attempts associated with physical disorders: a population-based, balancing score-matched analysis. *Psychol. Med.* 2015; 45: 495-504.
- Robson A., Scrutton F., Wilkinson L., MacLeod F. The risk of suicide in patients with cancer: a review of the literature. *Psychooncology*. 2010; 19: 1250-1258.
- Misono S., Weiss N.S., Fann J.R. et al. Incidence of suicide in persons with cancer. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26: 4731-4738.
- Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev.* 2012; 36: 83-87.
- Dormer N.R., McCaul K.A., Kristjanson L.J. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med. J. Aust.* 2008; 88: 140-143.
- Johnson T.V., Garlow S.J., Brawley O.W., Master V.A. Peak window of suicides occurs within the first month of diagnosis: implications for clinical oncology. *Psychooncology*. 2012; 21: 351-356.
- Urban D., Rao A., Bressel M., Neiger D., Solomon B., Mileshkin L. Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest*. 2013; 144 (4): 1245-1252. doi: 10.1378/chest.12-2986.
- Zotov P.B. Suicide of cancer patients: issues of detection, registration and accounting. *Academic Journal of West Siberia*. 2018; 14 (3): 76-78. (In Russ)
- Zykov V.V., Maltsev A.E. the Importance of somatic diseases in the occurrence of suicidal behavior. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 15 (3): 5-6. (In Russ)
- Hem E., Loge J.H., Haldorsen T., Ekeberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J. Clin. Oncol.* 2004; 22: 4209-4216.

14. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur. J. Cancer.* 2004; 40: 1053–1057.
15. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999. *Scand J. Public Health.* 2005; 33: 208-214.
16. Терентьева З.М. Клинико-эпидемиологическое обследование профилактики и коррекции суицидального поведения онкологических больных, отказавшихся от специального лечения: Дисс. ... канд. мед. наук. Уфа, 2007. 154 с.
17. Vyssoki B., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J. Affect Disord.* 2015; 175: 287-291.
18. Бояркина С.И. Качество жизни и социальная реабилитация онкологических больных: Автореф. дисс. социол. наук. СПб., 2004. 23 с.
19. Титова (Ходакова) Ю.А. Психические расстройства у детей, впервые госпитализированных по поводу гемобластоза: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014.
20. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. *Sem. Oncol.* 2009; 36: 194-206.
21. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012; 35: 14-26.
22. Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer.* 2005; 92: 995-1000.
23. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
24. Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist.* 2009; 14: 891-899.
25. Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer. *Psychooncology.* 2009; 18: 1038-1044.
26. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
27. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2008; 26: 29-42.
28. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry. *Rev. Epid. Santé Publiq.* 1990; 38: 125-131.
29. Зотов П.Б. Суицидальное поведение больных распространенным раком (этиопатогенез, клинические формы, оптимизация паллиативной помощи): Дисс.... докт. мед. наук. Томск, 2005. 327 с.
30. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology.* 2008; 17: 660-667.
31. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study. *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid.* 2014; 49: 693-701.
32. McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2012; 63: 714-717.
33. Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology.* 2014; 23: 40-51.
34. Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study.
14. Miccinesi G., Crocetti E., Benvenuti A., Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur. J. Cancer.* 2004; 40: 1053–1057.
15. Björkenstam C., Edberg A., Ayoubi S., Rosén M. Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? A nationwide register study in Sweden from 1965 to 1999. *Scand J. Public Health.* 2005; 33: 208-214.
16. Terentyeva Z.M. Kliniko-jepidemiologicheskoe obsledovanie profilaktiki i korrekcii suicidal'nogo povedeniya onkologicheskikh bol'nyh, otkazavshih'sya ot special'nogo lecheniya: Diss. ... kand. med. nauk. Ufa [Clinical and epidemiological examination of prevention and correction of suicidal behavior of cancer patients who refused special treatment], 2007. 154 c. (In Russ)
17. Vyssoki B., Gleiss A Rockett I.R et al. Suicide among 915,303 Austrian cancer patients: who is at risk? *J. Affect Disord.* 2015; 175: 287-291.
18. Boyarkina S.I. Kachestvo zhizni i social'naja reabilitacija onkologicheskikh bol'nyh: Avtoref. diss. sociol. nauk. SPb [Quality of life and social rehabilitation of cancer patients]., 2004. 23 c. (In Russ)
19. Titova (Hodakova) Y.A. Psihicheskie rasstrojstva u detej, vpervee gositalizirovannyh po povodu gemoblastoza: Diss. ... kand. med. nauk. M [Mental disorders in children, first hospitalized for hematological malignancies]. M., 2014. (In Russ)
20. Bleyer A., Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. *Sem. Oncol.* 2009; 36: 194-206.
21. Anguiano L., Mayer D.K., Piven M.L., Rosenstein D. A literature review of suicide in cancer patients. *Cancer Nurs.* 2012; 35: 14-26.
22. Yousaf U., Christensen M.-L.M., Engholm G., Storm H.H. Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. *Br. J. Cancer.* 2005; 92: 995-1000.
23. Breitbart W., Pessin H., Kova E. Suicide and desire for hastened death in people with cancer / Depression and cancer. Kissane D.W., Maj M., Sartorius N., eds. John Wiley & Sons, 2011. P. 125-150.
24. Nelson C.J., Weinberger M.I., Balk E. et al. The chronology of distress, anxiety, and depression in older prostate cancer patients. *Oncologist.* 2009; 14: 891-899.
25. Lin H.C., Wu C.H., Lee H.C. Risk factors for suicide following hospital discharge among patients with cancer. *Psychooncology.* 2009; 18: 1038-1044.
26. Chung K.H., Lin H.C. Methods of suicide among patients with cancer – a nationwide population-based study. *Suicide life Threat. Behav.* 2010; 40: 107-114.
27. Schneider K., Shenassa E. Correlates of suicidal ideation in a population-based sample of cancer patients. *J. Psychosoc. Oncol.* 2008; 26: 29-42.
28. Chatton-Reith J., el May H., Raymond L. The risk of suicide in cancer patients derived from a cancer registry. *Rev. Epid. Santé Publiq.* 1990; 38: 125-131.
29. Zotov P.B. Suicidal'noe povedenie bol'nyh rasprostrannym rakom (jetiopatogenez, klinicheskie formy, optimizacija palliativnoj pomoshhi): Diss.... dokt. med. nauk. Tomsk, [Suicidal behavior of patients with advanced cancer (etiopathogenesis, clinical forms, optimization of palliative care)]: Tomsk, 2005. 327 c. (In Russ)
30. Rasic D.T., Belik S.L., Bolton J.M. et al. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology.* 2008; 17: 660-667.
31. Perini G., Grigoletti L., Hanife B. et al. Cancer mortality among psychiatric patients treated in a community-based system of care: a 25-year case register study. *Soc. psychiatry Psychiatr. Epid.* 2014; 49: 693-701.
32. McGinty E.E., Zhang Y., Guallar E. et al. Cancer incidence in a sample of Maryland residents with serious mental illness. *Psychiatr. Serv.* 2012; 63: 714-717.
33. Nakash O., Levav I., Aguilar-Gaxiola S. et al. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys. *Psychooncology.* 2014; 23: 40-51.
34. Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study.

- Cancer*. 1996; 78: 1131-1137.
35. Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
 36. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998; 39: 366-370.
 37. Inhestern L., Beierlein V., Bultmann J.C., et al. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer*. 2017; 19: 17 (1): 347. doi: 10.1186/s12885-017-3347-9.
 38. Malinowska K. The relationship between chest pain and level of perioperative anxiety in patients with lung cancer. *Pol Przegl Chir*. 2018; 30; 90 (2): 23-27. doi: 10.5604/01.3001.0011.7490.
 39. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev*. 2012; 36: 83-87.
 40. Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015; 24: 601-607.
 41. National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
 42. Recklitis C., Diller L., Li X. et al. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J. Clin. Oncol*. 2010; 28: 655-661.
 43. Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future. *Cancer Nurs*. 2004; 27: 434-441.
 44. Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival. *J. Clin. Oncol*. 2002; 20: 2134-2141.
 45. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-811.
 46. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front public health*. 2015; 3 (28): 1-3.
 47. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4720-4724.
 48. Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides. *Suicide life threat Behav*. 1971; 1: 184-201.
 49. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15: 355-360.
 50. Амбрумова А.Г., Кряжев С.В. Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании / Актуальные вопросы социальной психиатрии. М, 1979. С. 149-157.
 51. Зотов П.Б., Уманский С.М. МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2001; 2-3: 20.
 52. Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. *Palliat. Support care*. 2008; 6: 183-185.
 53. McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer. *Health care women Int*. 2006; 27: 45-58.
 54. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain-suffering association, a review. *Pain Med*. 2015; 16: 1057-1072.
 55. Книга М.Ю., Ральченко Е.С. Ошибки в лекарственном контроле боли у онкологических больных. *Научный форум. Сибирь*. 2017; 3 (1): 69-70.
 56. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2002; 36: 733-742.
 57. Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry*. 2009; 16: 49-55.
 58. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J. Gen. Intern. Med*. 2014; 29: 870-877.
 35. Abbey J.G. Communication about end-of-life topics between terminally ill cancer patients and their family members: January 1, 2008. ETD Collection for Fordham University. Paper AA I3337626.
 36. Chochinov H.M., Wilson K.G., Enns M. et al. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminally ill. *Psychosomatics*. 1998; 39: 366-370.
 37. Inhestern L., Beierlein V., Bultmann J.C., et al. Anxiety and depression in working-age cancer survivors: a register-based study. *BMC Cancer*. 2017; 19: 17 (1): 347. doi: 10.1186/s12885-017-3347-9.
 38. Malinowska K. The relationship between chest pain and level of perioperative anxiety in patients with lung cancer. *Pol Przegl Chir*. 2018; 30; 90 (2): 23-27. doi: 10.5604/01.3001.0011.7490.
 39. Crocetti E., Buzzoni C., Caldarella A. et al. Suicide mortality among cancer patients. *Epid. Prev*. 2012; 36: 83-87.
 40. Ahn M.H., Park S., Lee H.B. et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psychooncology*. 2015; 24: 601-607.
 41. National institute for clinical excellence. Guidance on cancer services: improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004.
 42. Recklitis C., Diller L., Li X. et al. Suicide ideation in adult survivors of childhood cancer: a report from the childhood cancer survivor study. *J. Clin. Oncol*. 2010; 28: 655-661.
 43. Semple C.J., Sullivan K., Dunwoody L. et al. Psychosocial interventions for patients with head and neck cancer: past, present, and future. *Cancer Nurs*. 2004; 27: 434-441.
 44. Suarez-Almazor M.E., Newman C., Hanson J, Bruera E. Attitudes of terminally ill cancer patients about euthanasia and physician-assisted suicide: predominance of psychosocial determinants and beliefs over symptoms distress and subsequent survival. *J. Clin. Oncol*. 2002; 20: 2134-2141.
 45. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2015; 49: 803-811.
 46. Kiffel J., Sher L. Prevention and management of depression and suicidal behavior in men with prostate cancer. *Front public health*. 2015; 3 (28): 1-3.
 47. Miller M., Mogun H., Azrael D. et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4720-4724.
 48. Farberow N.L., Ganzler S., Cuter F. et al. An eight year survey of hospital suicides. *Suicide life threat Behav*. 1971; 1: 184-201.
 49. Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E. et al. The role of physical and psychological symptoms in desire for death: a study of terminally ill cancer patients. *Psychooncology*. 2006; 15: 355-360.
 50. Амбрумова А.Г., Кряжев С.В. Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании / Актуальные вопросы социальной психиатрии [Analysis of suicidal tendencies in cancer / Topical issues of social psychiatry]. М, 1979. P. 149-157. (In Russ)
 51. Zotov P.B., Umansky S.M. MST-continus in the suicidal actions of cancer patients. *Palliative care and rehabilitation*. 2001; 2-3: 20. (In Russ)
 52. Nishida T., Wada M., Wada M. et al. Activation syndrome caused by paroxetine in a cancer patient. *Palliat. Support care*. 2008; 6: 183-185.
 53. McCorkle R., Tang S.T., Greenwald H. et al. Factors related to depressive symptoms among long-term survivors of cervical cancer. *Health care women Int*. 2006; 27: 45-58.
 54. Fishbain D.A., Lewis J.E., Gao J. The pain-suffering association, a review. *Pain Med*. 2015; 16: 1057-1072.
 55. Книга M.Y., Ralchenko E.S. Error in the drug control of pain in cancer patients. *Scientific forum. Siberia*. 2017; 3 (1): 69-70. (In Russ)
 56. Clarke D.M., Kissane D.W. Demoralization: its phenomenology and importance. *Aust. NZ. J. Psychiatry*. 2002; 36: 733-742.
 57. Strada E.A. Grief, demoralization, and depression-diagnostic challenges and treatment modalities. *Prim. Psychiatry*. 2009; 16: 49-55.
 58. Ahmedani B.K., Simon G.E., Stewart C. et al. Health care contacts in the year before suicide death. *J. Gen. Intern. Med*. 2014; 29: 870-877.

59. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации. М., 1980. 55 с.
60. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am. J. Ger. Psychiatry*. 2014; 22: 1158-1167.
61. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
62. Shneidman E. Definition of Suicide. NY: John Wiley & Sons, 1985.
63. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer*. 1995; 71: 1263-1269.
64. Любов Е.Б. СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. *Суицидология*. 2012; 3: 20-29.
65. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *J. Psychosoc. Oncol*. 2014; 32: 383-395.
66. Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. Deaths: Preliminary Data for 2008. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
67. Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4725-4730.
68. Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology*. 2013; 22: 2537-2545.
69. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer. *Psychooncology*. 2010; 19: 384-389.
70. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support care cancer*. 2014; 22: 3165-3174.
71. Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 36: 575-586.
72. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976. *J. Psychosoc. Onc*. 1985; 3: 17-30.
73. Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2014; 23: 936-945.
74. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern Med*. 2000; 160: 1522-1526.
75. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk. *Suicide*. 1975; 5: 98-103.
76. Любов Е.Б. Опыт, осведомлённость и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология*. 2015; 6 (2): 18-29.
77. Emanuel E.J., Daniels E.R., Fairclough D.L., Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996; 347 (9018): 1805-1810.
78. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc. Sci. Med*. 2009; 69: 165-171.
79. Зотов П.Б. Суицидальное поведение и эффективность контроля боли у онкологических больных. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 9 (4): 70-72.
80. van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2005; 23: 1-6.
81. Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychol. Med*. 2003; 33: 75-81.
82. Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1982. P. 1175-1203.
59. Ambrumova A.G., Tihonenko V.A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. Metodicheskie rekomendacii [Diagnostics of suicidal behavior. Methodical recommendation]. M., 1980. 55 c. (In Russ)
60. Innamorati M., Pompili M., Di Vittorio C. et al. Suicide in the old elderly: Results from one Italian county. *Am. J. Ger. Psychiatry*. 2014; 22: 1158-1167.
61. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / A. Kerkhof, A. Schmidtke, U. Bille-Brache et al., eds. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994.
62. Shneidman E. Definition of Suicide. NY: John Wiley & Sons, 1985.
63. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A. et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br. J. Cancer*. 1995; 71: 1263-1269.
64. Lyubov E.B. Mass media and copycat suicidal behavior: Part I. *Suicidology*. 2012; 3: 20-29. (In Russ)
65. Costantini A., Pompili M., Innamorati M. et al. Psychiatric pathology and suicide risk in patients with cancer. *J. Psychosoc. Oncol*. 2014; 32: 383-395.
66. Miniño A.M., Xu J.Q., Kochanek K.D. Deaths: Preliminary Data for 2008. National Center for Health Statistics; Hyattsville, MD, 2010.
67. Walker J., Waters R.A., Murray G. et al. Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2008; 26: 4725-4730.
68. Leung Y.W., Li M., Devins G. et al. Routine screening for suicidal intention in patients with cancer. *Psychooncology*. 2013; 22: 2537-2545.
69. Akechi T., Okamura H., Nakano T. et al. Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression among patients with cancer. *Psychooncology*. 2010; 19: 384-389.
70. Fang Ch.-K., Chang M.-Ch., Chen P.-J. et al. A correlational study of suicidal ideation with psychological distress, depression, and demoralization in patients with cancer. *Support care cancer*. 2014; 22: 3165-3174.
71. Tang N.K.Y., Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors, and psychological links. *Psychol. Med*. 2006; 36: 575-586.
72. Bolund C. Suicide and cancer: II. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden. 1973-1976. *J. Psychosoc. Onc*. 1985; 3: 17-30.
73. Trevino K.M., Balboni M., Zollfrank A. et al. Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psychooncology*. 2014; 23: 936-945.
74. Druss B., Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern Med*. 2000; 160: 1522-1526.
75. Kovacs M., Beck A.T., Weissman A. Hopelessness: an indicator of suicidal risk. *Suicide*. 1975; 5: 98-103.
76. Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior. *Suicidology*. 2015; 6 (2): 18-29. (In Russ)
77. Emanuel E.J., Daniels E.R., Fairclough D.L., Clarridge B.R. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet*. 1996; 347 (9018): 1805-1810.
78. Nissim R., Gagliese L., Rodin G. The desire for hastened death in individuals with advanced cancer: a longitudinal qualitative study. *Soc. Sci. Med*. 2009; 69: 165-171.
79. Zotov P.B. Suicidal behavior and pain control in cancer patients. *Academic Journal of West Siberia*. 2013; 9 (4): 70-72. (In Russ)
80. van der Lee, M.L., van der Bom J.G., Swarte N.B. et al. Euthanasia and depression: a prospective cohort study among terminally ill cancer patients. *J. Clin. Oncol*. 2005; 23: 1-6.
81. Kelly B., Burnett P., Pelusi D. et al. Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychol. Med*. 2003; 33: 75-81.
82. Holland J.C. Psychologic aspects of cancer / Holland J.F., Frie E., eds. Cancer Medicine. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lea & Febiger, 1982. P. 1175-1203.

83. Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Sem. Oncol.* 1994; 21: 787-791.
84. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems. *Zeitschrift Gerontol. Geriatr.* 2014; 47: 502-507.
85. Ganzini L, Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am. J. Psychiatry.* 1994; 151: 1631-1636.
86. Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori.* 2002; 88: 193-199.
87. Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat. Med.* 2003; 17: 604-607.
88. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
89. Roberts S.E., John A., Kandalama U., Williams J.G., Lyons R.A., Lloyd K. Suicide following acute admissions for physical illnesses across England and Wales. *Psychol Med.* 2018; Mar; 48 (4): 578-591. doi: 10.1017/S0033291717001787.
90. Chung J.H, Kim S.H., Lee Y.W. Suicidal ideation and suicide attempts among asthma. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2016; 29: 35.
91. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. *Indian J. Med. Res.* 2013; 138: 194-200.
92. Wu V.C., Chang S.H., Kuo C.F., Liu J.R., Chen S.W., Yeh Y.H., Luo S.F., See L.C. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases - A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord.* 2018; 1 (238): 187-193. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.046.
93. Касимова Л.Н., Святогор М.В., Втюрина М.В. Анализ суицидальных попыток путем самоотравления. *Суицидология.* 2011; 1: 54-55.
94. Приленский А.Б. Характер средств, выбранных пациентами для преднамеренного отравления с суицидальной целью (на примере Тюменской области). *Научный форум. Сибирь.* 2016; 2 (4): 95-97.
95. Knop J., Fischer A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. *Acta Psychiatr Scand.* 1981; Apr; 63 (4): 346-355.
96. Viskum K. Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1975; May; 51 (4): 221-227.
97. Le Strat Y., Le Foll B., Dubertret C. Major depression and suicide attempts in patients with liver disease in the United States. *Liver Int.* 2015; Jul; 35 (7): 1910-1916. doi: 10.1111/liv.12612.
98. Jhee J.H., Lee E., Cha M.U. et al. Prevalence of depression and suicidal ideation increases proportionally with renal function decline, beginning from early stages of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore).* 2017. Nov; 96 (44): e8476. doi: 10.1097/MD.0000000000008476.
99. Liu C.H., Yeh M.K., Weng S.C., Bai M.Y., Chang J.C. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant.* 2017. Sep 1; 32 (9): 1524-1529. doi: 10.1093/ndt/gfw244.
100. Wang B., An X., Shi X., Zhang J.A. Management of endocrine disease: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017. Oct; 177 (4): R169-R181. doi: 10.1530/EJE-16-0952.
101. Gómez-Peralta T.G., González-Castro T.B., Fresan A., et al. Risk factors and prevalence of suicide attempt in patients with type 2 diabetes in the Mexican population. *Int J Environ Res Public Health.* 2018. Jun 7; 15 (6). pii: E1198. doi: 10.3390/ijerph15061198.
102. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N. et al. History of diabetes and risk of suicide and accidental death in Japan: The Japan public health centre-based prospective study, 1990-2012. *Diabetes Metab.* 2016. Jun; 42 (3): 184-191. doi: 10.1016/j.diabet.2015.11.008.
103. Charlier P., Watier L., Ménétrier M. et al. Is suicide risk correlated to thyroid weight? *Med Hypotheses.* 2012. Aug; 79 (2): 264-266. doi: 10.1016/j.mehy.2012.05.005.
83. Miller R.J. Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Sem. Oncol.* 1994; 21: 787-791.
84. Lindner R., Foerster R., von Renteln-Kruse W. Physical distress and relationship problems. *Zeitschrift Gerontol. Geriatr.* 2014; 47: 502-507.
85. Ganzini L, Lec M.A., Heintz R.T. et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am. J. Psychiatry.* 1994; 151: 1631-1636.
86. Filiberti A., Ripamonti C. Suicide and suicidal thoughts in cancer patients. *Tumori.* 2002; 88: 193-199.
87. Meyer H.A., Sinnott C., Seed P.T. Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2. Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliat. Med.* 2003; 17: 604-607.
88. Stenager E., Stenager E. Somatic diseases and suicidal behavior / Suicidology and suicide prevention: A global perspective. D. Wassermann; C. Wassermann, eds. Oxford University Press. 2009. P. 293-299.
89. Roberts S.E., John A., Kandalama U., Williams J.G., Lyons R.A., Lloyd K. Suicide following acute admissions for physical illnesses across England and Wales. *Psychol Med.* 2018; Mar; 48 (4): 578-591. doi: 10.1017/S0033291717001787.
90. Chung J.H, Kim S.H., Lee Y.W. Suicidal ideation and suicide attempts among asthma. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2016; 29: 35.
91. Peltzer K., Louw J. Prevalence of suicidal behaviour & associated factors among tuberculosis patients in public primary care in South Africa. *Indian J. Med. Res.* 2013; 138: 194-200.
92. Wu V.C., Chang S.H., Kuo C.F., Liu J.R., Chen S.W., Yeh Y.H., Luo S.F., See L.C. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases - A 15-year nationwide cohort study in Taiwan. *J Affect Disord.* 2018; 1 (238): 187-193. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.046.
93. Kasimova L.N., Svyatogor M.V., Vtyurin M.V. Analysis by suicide attempts self-poisoning. *Suicidology.* 2011; 1: 54-55. (In Russ)
94. Prilensky A.B. The nature of the means selected by patients for intentional poisoning with a suicidal purpose (for example, the Tyumen region). *Scientific forum. Siberia.* 2016; 2 (4): 95-97. (In Russ)
95. Knop J., Fischer A. Duodenal ulcer, suicide, psychopathology and alcoholism. *Acta Psychiatr Scand.* 1981; Apr; 63 (4): 346-355.
96. Viskum K. Ulcer, attempted suicide and suicide. *Acta Psychiatr Scand.* 1975; May; 51 (4): 221-227.
97. Le Strat Y., Le Foll B., Dubertret C. Major depression and suicide attempts in patients with liver disease in the United States. *Liver Int.* 2015; Jul; 35 (7): 1910-1916. doi: 10.1111/liv.12612.
98. Jhee J.H., Lee E., Cha M.U. et al. Prevalence of depression and suicidal ideation increases proportionally with renal function decline, beginning from early stages of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore).* 2017. Nov; 96 (44): e8476. doi: 10.1097/MD.0000000000008476.
99. Liu C.H., Yeh M.K., Weng S.C., Bai M.Y., Chang J.C. Suicide and chronic kidney disease: a case-control study. *Nephrol Dial Transplant.* 2017. Sep 1; 32 (9): 1524-1529. doi: 10.1093/ndt/gfw244.
100. Wang B., An X., Shi X., Zhang J.A. Management of endocrine disease: Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017. Oct; 177 (4): R169-R181. doi: 10.1530/EJE-16-0952.
101. Gómez-Peralta T.G., González-Castro T.B., Fresan A., et al. Risk factors and prevalence of suicide attempt in patients with type 2 diabetes in the Mexican population. *Int J Environ Res Public Health.* 2018. Jun 7; 15 (6). pii: E1198. doi: 10.3390/ijerph15061198.
102. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N. et al. History of diabetes and risk of suicide and accidental death in Japan: The Japan public health centre-based prospective study, 1990-2012. *Diabetes Metab.* 2016. Jun; 42 (3): 184-191. doi: 10.1016/j.diabet.2015.11.008.
103. Charlier P., Watier L., Ménétrier M. et al. Is suicide risk correlated to thyroid weight? *Med Hypotheses.* 2012. Aug; 79 (2): 264-266. doi: 10.1016/j.mehy.2012.05.005.

104. Shrum J.M., Byers B., Parhar K. Thyroid storm following suicide attempt by hanging. *BMJ Case Rep.* 2014. 9. pii: bcr2014204589. doi: 10.1136/bcr-2014-204589.
105. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int.* 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
106. Zhang L., Fu T., Yin R., Zhang Q., Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017; 14: 17-70.
107. Tang K.T., Hsieh C.W., Hsieh T.Y., Lan J.L., Chen Y.H., Chen D.Y. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: a single-center experience and literature review. *Psychosomatics.* 2015; 56 (2): 190-195. doi: 10.1016/j.psych.2014.05.020.
108. Mok C.C., Chan K.L., Cheung E.F., Yip P.S. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. *Rheumatology (Oxford).* 2014; 53: 714-721.
109. World Health Organization. Media Centre [Internet]. Geneva, 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
110. Meyer-Rochow V.B., Hakko H., Ojamo M. et al. Suicides in visually impaired persons: A nation-wide register-linked study from Einland based on thirty years of data. *PLoS ONE.* 2015; 10: e0141583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141583>
111. Carrieri M.P., Marcellin F., Fressard L. et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One.* 2017; 12: e0171645.
112. Kang C.R., Bang J.H., Cho S.I. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS Care.* 2016; 28: 306-313.
113. Chi C.C., Chen T.H., Wang S.H., Tung T.H. Risk of suicidality in people with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017; 18: 301-316.
114. Wu J.J., Penfold R.B., Primates P. et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017; 21: 116-122.
115. Singh S., Taylor C., Kormmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 77 (3): 425-440. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019.
116. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., Skov L., Mallbris L. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol.* 2016; 175 (3): 493-500. doi: 10.1111/bjd.14633.
117. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-248.
118. Кутлубаев М.А. Суицидальное поведение при неврологических заболеваниях: частота, предрасполагающие факторы, подходы к профилактике. *Неврологический журнал.* 2016; 21 (3): 124-130.
119. Coughlin S.S., Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J. Depress Anxiety.* 2013; 19.
120. Hong J.P., Park S., Ahn S.H., Kim J.S. Factors associated with post-stroke suicidal death. *J Psychiatr Res.* 2018; 96: 135-137. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005.
121. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., et al. Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med.* 2014; 76 (6): 452-459. doi: 10.1097/PSY.000000000000079.
122. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55 (12): 863-866.
123. Stanley I.H., Joiner T.E., Bryan C.J. Mild traumatic brain injury and suicide risk among a clinical sample of deployed military personnel: Evidence for a serial mediation model of anger and depression. *J Psychiatr Res.* 2017; 84: 161-168. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.004.
124. Fonda J.R., Fredman L., Brogly S.B., et al. Traumatic Brain Injury and Attempted Suicide Among Veterans of the Wars
104. Shrum J.M., Byers B., Parhar K. Thyroid storm following suicide attempt by hanging. *BMJ Case Rep.* 2014. 9. pii: bcr2014204589. doi: 10.1136/bcr-2014-204589.
105. Fuller-Thomson E., Ramzan N., Baird S.L. Arthritis and suicide attempts: findings from a large nationally representative Canadian survey. *Rheumatol Int.* 2016 Sep; 36 (9): 1237-1248. doi: 10.1007/s00296-016-3498-z.
106. Zhang L., Fu T., Yin R., Zhang Q., Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2017; 14: 17-70.
107. Tang K.T., Hsieh C.W., Hsieh T.Y., Lan J.L., Chen Y.H., Chen D.Y. Suicide attempts in patients with systemic lupus erythematosus: a single-center experience and literature review. *Psychosomatics.* 2015; 56 (2): 190-195. doi: 10.1016/j.psych.2014.05.020.
108. Mok C.C., Chan K.L., Cheung E.F., Yip P.S. Suicidal ideation in patients with systemic lupus erythematosus: incidence and risk factors. *Rheumatology (Oxford).* 2014; 53: 714-721.
109. World Health Organization. Media Centre [Internet]. Geneva, 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
110. Meyer-Rochow V.B., Hakko H., Ojamo M. et al. Suicides in visually impaired persons: A nation-wide register-linked study from Einland based on thirty years of data. *PLoS ONE.* 2015; 10: e0141583. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141583>
111. Carrieri M.P., Marcellin F., Fressard L. et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). *PLoS One.* 2017; 12: e0171645.
112. Kang C.R., Bang J.H., Cho S.I. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: differences in risk factors and their implications. *AIDS Care.* 2016; 28: 306-313.
113. Chi C.C., Chen T.H., Wang S.H., Tung T.H. Risk of suicidality in people with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2017; 18: 301-316.
114. Wu J.J., Penfold R.B., Primates P. et al. The risk of depression, suicidal ideation and suicide attempt in patients with psoriasis, psoriatic arthritis or ankylosing spondylitis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017; 21: 116-122.
115. Singh S., Taylor C., Kormmehl H., Armstrong A.W. Psoriasis and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 77 (3): 425-440. doi: 10.1016/j.jaad.2017.05.019.
116. Egeberg A., Hansen P.R., Gislason G.H., Skov L., Mallbris L. Risk of self-harm and nonfatal suicide attempts, and completed suicide in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Br J Dermatol.* 2016; 175 (3): 493-500. doi: 10.1111/bjd.14633.
117. Lewis D.S., Anderson K.H., Feuchtinger J. Suicide prevention in neurology patients: evidence to guide practice. *J. Neurosci. Nurs.* 2014; 46: 241-248.
118. Kutlubaev M.A. Suicidal'noe povedenie pri nevrologicheskikh zabolovanijah: chastota, predispolagajushhie faktory, podhody k profilaktike. [Suicidal behavior in neurological diseases: often, predisposing factors, approaches to prevention]. *Nevrologicheskij zhurnal. [Neurological journal].* 2016; 21 (3): 124-130. (In Russ)
119. Coughlin S.S., Sher L. Suicidal behavior and neurological illnesses. *J. Depress Anxiety.* 2013; 19.
120. Hong J.P., Park S., Ahn S.H., Kim J.S. Factors associated with post-stroke suicidal death. *J Psychiatr Res.* 2018; 96: 135-137. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.10.005.
121. Yamauchi T., Inagaki M., Yonemoto N., et al. Death by suicide and other externally caused injuries after stroke in Japan (1990-2010): the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychosom Med.* 2014; 76 (6): 452-459. doi: 10.1097/PSY.000000000000079.
122. Teasdale T.W., Engberg A.W. Suicide after a stroke: a population study. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55 (12): 863-866.
123. Stanley I.H., Joiner T.E., Bryan C.J. Mild traumatic brain injury and suicide risk among a clinical sample of deployed military personnel: Evidence for a serial mediation model of anger and depression. *J Psychiatr Res.* 2017; 84: 161-168. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.10.004.
124. Fonda J.R., Fredman L., Brogly S.B., et al. Traumatic Brain Injury and Attempted Suicide Among Veterans of the Wars

- in Iraq and Afghanistan. *Am J Epidemiol.* 2017; 186 (2): 220-226. doi: 10.1093/aje/kwx044.
125. Savic G., DeVivo M.J., Frankel H.L., Jamous M.A., Soni B.M., Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury—a cohort study. *Spinal Cord.* 2018; 56 (1): 2-6. doi: 10.1038/sc.2017.98.
 126. Fang F., Valdimarsdóttir U., Fürst C.J. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain.* 2008; 131: 2729-2733.
 127. Jones J.E., Hermann B.P., Barry J.J. et al. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003; 3: 31–38.
 128. Bindler L., Travers D., Millet B. Suicide in Huntington's disease: a review. *Rev. Med. Suisse.* 2009; 5 (195): 646-648.
 129. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология.* 2017; 8 (1): 3-16.
 130. Zotov P.B., Kutsenko N.I., Umansky M.S. Суицидальное поведение больных рассеянным склерозом (краткий обзор). *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2017; 2 (95): 110–114.
 131. Старинец Н.Г. Факторы суицидальности при множественном склерозе. *Международный неврологический журнал.* 2013; 6 (60): 60-64.
 132. Pompili M, Forte A, Palermo M et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J. Psychosom. Res.* 2012; 73: 411-417.
 133. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
 134. Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K. et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res.* 2017; 250: 155-158.
 135. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г. Суицидальное поведение и рак. Часть I. Эпидемиология и факторы риска. *Суицидология.* 2015; 6 (4): 3-21.
 136. Zotov P.B. Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов. *Суицидология.* 2011; 2 (4): 18-25.
 137. Любов Е.Б. и группа исследователей. Опыт, осведомленность и отношение больничного психиатрического персонала к суицидальному поведению. *Суицидология.* 2015; 6 (2): 18-29.
 138. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: WHO http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
 139. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005; 294: 2064-2074.
 140. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети». *Социальная и клиническая психиатрия.* 1999; 9 (4): 5-9.
 141. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J.* 2017; 58: 72-77.
 - Wars in Iraq and Afghanistan. *Am J Epidemiol.* 2017; 186 (2): 220-226. doi: 10.1093/aje/kwx044.
 125. Savic G., DeVivo M.J., Frankel H.L., Jamous M.A., Soni B.M., Charlifue S. Suicide and traumatic spinal cord injury—a cohort study. *Spinal Cord.* 2018; 56 (1): 2-6. doi: 10.1038/sc.2017.98.
 126. Fang F., Valdimarsdóttir U., Fürst C.J. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Brain.* 2008; 131: 2729-2733.
 127. Jones J.E., Hermann B.P., Barry J.J. et al. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003; 3: 31–38.
 128. Bindler L., Travers D., Millet B. Suicide in Huntington's disease: a review. *Rev. Med. Suisse.* 2009; 5 (195): 646-648.
 129. Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology.* 2017; 8 (1): 3-16. (In Russ)
 130. Zotov P.B. Kutsenko N.I., Umansky M.S. Suicidal behavior of patients with multiple sclerosis (brief review). *Siberian journal of psychiatry and narcology.* 2017; 2 (95): 110–114. (In Russ)
 131. Starinec N.G. Faktory suicidal'nosti pri mnozhestvennom skleroze. [Suicide factors in multiple sclerosis]. *Mezhdunarodnyj neurologicheskij zhurnal [International neurological journal].* 2013; 6 (60): 60-64. (In Russ)
 132. Pompili M, Forte A, Palermo M et al. Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *J. Psychosom. Res.* 2012; 73: 411-417.
 133. McGuire N.K. Inpatient suicide in the general medical setting: an integrative literature review. Montana: Montana State University, 2011.
 134. Inoue K., Kawanishi C., Otsuka K. et al. A large-scale survey of inpatient suicides: comparison between medical and psychiatric settings. *Psychiatry Res.* 2017; 250: 155-158.
 135. Lyubov E.B., Magurdumova L.G. Suicidal behavior in cancer. Part I: epidemiology and risk factors. *Suicidology.* 2015; 6 (4): 3-21. (In Russ)
 136. Zotov P.B. Suicidal behavior of cancer patients. The ratio of oncologists. *Suicidology.* 2011; 2 (4): 18-25. (In Russ)
 137. Lyubov E.B. Mental health hospital staff: experiences with, competence and attitudes towards, and concerns about inpatient suicidal behavior. *Suicidology.* 2015; 6 (2): 18-29. (In Russ)
 138. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative: WHO http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
 139. Mann J.J., Apter A., Bertolote J. et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 2005; 294: 2064-2074.
 140. Krasnov V.N. Nauchno-prakticheskaja programma «Vyjavlenie i lechenie depressij v pervichnoj medicinskoj seti». [Scientific and practical program "Detection and treatment of depression in the primary medical network"] *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. [Social and clinical psychiatry].* 1999; 9 (4): 5-9. (In Russ)
 141. Ng C.W., How C.H., Ng Y.P. Depression in primary care: assessing suicide risk. *Singapore Med J.* 2017; 58: 72-77.

SOMATIC PATHOLOGY AMONG SUICIDE RISK FACTORS. REPORT II

P.B. Zotov¹, E.B. Lyubov², T.G. Ponomareva³, E.G. Skryabin¹, A.V. Bragin¹, O.V. Ananeva¹

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia; note72@yandex.ru

²Moscow Institute of Psychiatry – branch of National medical research centre of psychiatry and narcology by name V.P.Serbsky, Moscow, Russia; lyubov.evgeny@mail.ru

³Psychiatric hospital № 13, Moscow, Russia

Report II presents a review of the literature on suicidal behavior (SB) of patients with certain somatic diseases. It was shown that co-morbidly ill patients with SB were more socially maladjusted. Somatic suffering makes the patient more vulnerable to micro-social conflicts, often associated with a sense of burden, loneliness and pain, reducing the threshold of fear of death. In cancer, the risk of suicide is 2-4 times higher compared to the general population. In Western Europe and the United States, 0.2-0.5% of deaths of cancer patients are caused by suicide. At the same time, up to 50% of suicides occur when diagnosed with a localized and potentially curable disease. Among the victims of suicides in Russia, there are ≤ 0.5% cancer patients with male female ratio of 4:1 and mean age of 67 years. At the same time,

it is possible that only <1/3 of suicides are actually registered. The risk of suicide is higher for white male husbands, who suffer worse pain and functional limitations. The level of suicide mortality increases with the age of diagnosis - higher in the older (55-65 years), the highest - at the age of ≥ 80 years. Personality disorders are recorded in 50% of suicidal cancer patients. In 20% of patients receiving palliative care, SB (including suicidal attempts) were detected before the diagnosis of cancer. The risk of suicide with depressive cancer patients is not 2-4 times higher, but 25 times higher. The prevalence of clinical depression among cancer patients is 5–40%. The “critical period” of suicide for men (more often) and women is the first 1-2 years after the diagnosis. The first year accounts for 40% of suicides. The risk factors among these patients are: chronic and poorly controlled pain, metastasis, treatment failure, limitation of self-care. The risk group also includes people who refuse treatment. 20% of patients report suicidal thoughts and hopelessness. The majority of patients thinking about death will not commit suicide, but 50-60% of those who committed suicide shared their suicidal thoughts (plans) with their relatives and medical staff. Almost half (45%) of oncologists are confronted with SB of cancer patients, which indicates its prevalence, but only in isolated cases there is an active survey of patients for this topic. The majority (62%) of oncologists believe that active identification of suicidal ideation may provoke suicide of patients. Among the ways of suicide, self-hanging and poisoning dominate, including an overdose of analgesics and sedatives; it usually happens at home and is planned. More than ¼ patients think about euthanasia. *Lung disease.* The risk of SB increases in COPD (men), pneumonia. With bronchial asthma there is a fourfold increase in the risk of suicide attempts. *Cardiovascular diseases.* Patients with chronic heart failure have the highest association with psychiatric diseases. Persons with implantation of a cardiostimulator, often young and middle-aged, have the highest suicide mortality rates. When making a suicidal attempt by self-poisoning in 12.6–13.5% hypotensive and anti-arrhythmic drugs are used (general population). *Gastrointestinal diseases.* After gastrectomy for peptic ulcer, suicide was registered in 13.7%, but half of the victims suffered from alcoholism. With gastrointestinal bleeding, the risk of suicide increases 3.4-4.5 times, which is also associated with alcohol problems of the contingent. The risk of SB is significant in case of *kidney diseases* and renal failure. The risk of depression and SB increases as the level of glomerular filtration decreases and persists even after its correction. The risk of suicide increases in the period of the first 3 months of the start of dialysis therapy and grows 25 times in the course of long-term treatment (relative to the general population). Kidney transplantation does not reduce the risk of suicide, possibly due to lifelong treatment and the fear of organ rejection. The share of suicide-related deaths in type I diabetes mellitus can be 7.7%, in type II - 1.3%. *AIDS / HIV*, especially those associated with the use of surfactants, mental disorders, and social distress, increase the risk of SB by 24-36 times. The risk of suicide in stroke is increased in women and men <60 years 13 and 3-6 times respectively, > 60 years - 1.5-2 times. The average time interval between hospitalization and suicide is 1.9 ± 1.8 years. *Spinal cord injuries* make up almost fivefold growth of SB. Among deceased patients with spinal cord injury, 4.2% of deaths are related to suicide attempts. *Epilepsy* (especially temporal) accounts for a fivefold increase in the risk of suicide and 25-fold with resistance to therapy; increased by almost an order of magnitude with concomitant mental disorder, 16 times higher at the onset of the disease before 18 years of age. Suicide may account for 10% of deaths of these patients. *Suicides in hospitals.* The average age of somatic patients, victims of suicide in a multidisciplinary hospital is 54 while in a psychiatric one it is 41. Somatically, patients are often fall down from a height during hospitalization from 2 days to several months (30 days on average). In somatic hospitals ¼ suicide victims suffer from the main cause of SB – depression. Only 15% were consulted by a psychiatrist before the tragedy. Conclusion: All illnesses are associated with distress, pain, impairment of functioning, but severe diseases are particularly hard for patients. Apparently, it is essential to find the balance of risk factors and anti-suicidal factors (for example, the internal pattern of the disease determines the rejection of treatment and the hope of healing). Anti-suicidal factors should be identified and strengthened; variable risk factors should be monitored and leveled. The main anti-suicidal factor is adequate therapy. The primary care staff is the key “watchman” in preventing SB. One of the few scientifically proven effective elements of an anti-crisis program is training in identifying depression and SB. The postvention measures (after the patient's SB) are also important in regards to close victims, other patients (bystanders), and professionals. SB prevention means empathy for the sufferer and his family, attention to their immediate and changing needs.

Keywords: suicide, suicidal attempt, suicidal behavior, suicide risk, risk factors, prevention, somatic diseases, somatic pathology

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Зотов П.Б., Любов Е.Б., Пономарёва Т.Г., Скрыбин Е.Г., Брагин А.В., Ананьева О.В. Соматическая патология среди факторов суицидального риска. Сообщение II. *Суицидология*. 2018; 9 (4): 85-108. doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108

For citation: Zotov P.B., Lyubov E.B., Ponomareva T.G., Skryabin E.G., Bragin A.V., Ananeva O.V. Somatic pathology among suicide risk factors. Report II. *Suicidology*. 2018; 9 (4): 85-108. (In Russ) doi.org/10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-85-108